

**DIE  
KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE  
UND IHRE  
PÄDAGOGISCHEN IMPLIKATIONEN**

**Inge Lückert**

München 1986









DIE  
KOGNITIVE VERHALTENSTHERAPIE  
UND IHRE  
PÄDAGOGISCHEN IMPLIKATIONEN

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Philosophie  
an der Ludwig-Maximilians-Universität  
München

von  
Inge Lückert

gedruckt mit Genehmigung der Fakultät  
für Psychologie und Pädagogik

Dekan: Prof. Dr. Herwig Baier  
Referent: Prof. Dr. Hans Schiefele  
Koreferent: Prof. Dr. Kurt Singer

Tag der Promotion (letzter Prüfungstag): 24. 2. 1986

# Inhaltsverzeichnis

|                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------|-----|
| Einleitung: Problemaufriß .....                                      | 1   |
| A. Die Kognitive Verhaltenstherapie .....                            | 20  |
| I. Die rational-emotive Therapie (Ellis) .....                       | 22  |
| 1. Die Funktion der Überzeugungen .....                              | 25  |
| 2. Der Sog der irrationalen Überzeugungen .....                      | 28  |
| 3. Die Klärung durch Disput .....                                    | 33  |
| 4. Die Bezugspunkte der Interpretation .....                         | 40  |
| 5. Die Chancen der Vernünftigkeit .....                              | 43  |
| 6. Die Bedeutung der Selbstbefähigung .....                          | 44  |
| 7. Das Vorgehen des Therapeuten .....                                | 46  |
| II. Die kognitive Verhaltensmodifikation (Meichenbaum) .....         | 52  |
| 1. Die Eigenart und Behandlung hyperaktiver, impulsiver Kinder ..... | 53  |
| 2. Die Vermittlung und der Gebrauch von Selbstanweisungen ...        | 57  |
| 3. Die Methoden der VT und ihre kognitiven Faktoren .....            | 59  |
| 4. Das Training nach dem Prinzip der Streßimmunisierung .....        | 69  |
| 5. Die Methoden der kognitiven Rekonstruktion .....                  | 81  |
| 6. Die Funktion und Struktur des inneren Dialogs .....               | 89  |
| 7. Der Diagnoseansatz der kognitiven Verhaltensmodifikation .        | 94  |
| III. Die Kognitive Verhaltenstherapie (Mahoney) .....                | 98  |
| 1. Die kognitive Umstrukturierung .....                              | 99  |
| 2. Die Selbstinstruktion .....                                       | 104 |
| 3. Das Training der Bewältigungsfertigkeiten .....                   | 108 |
| 4. Das Problemlösen .....                                            | 110 |
| 5. Die Attribution .....                                             | 114 |
| 6. Das therapeutische Paradigma .....                                | 116 |
| IV. Die Kognitive Therapie - der Depression (Beck) .....             | 124 |
| 1. Die Bedeutung der Gedanken, Gefühle und Grundannahmen ...         | 124 |
| 2. Die Diskrepanz zwischen privater und offizieller Ansicht .        | 132 |
| 3. Die Einschränkung durch Befürchtungen und Ängste .....            | 143 |
| 4. Die realen Konsequenzen der Einbildung .....                      | 147 |
| 5. Die Zusammenarbeit von Klient und Therapeut .....                 | 151 |
| V. Die multimodale Verhaltenstherapie (Lazarus) .....                | 158 |
| 1. Wahrnehmung und Befinden .....                                    | 161 |
| 2. Vorstellung und Imagination .....                                 | 166 |
| 3. Denken und Auffassung .....                                       | 169 |
| 4. Affekte und Gefühle .....                                         | 175 |
| 5. Erregung und Antrieb .....                                        | 184 |
| 6. Wünschen und Wollen .....                                         | 192 |
| 7. Verhalten und Interaktion .....                                   | 196 |

|                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------|-----|
| B. Die pädagogischen Implikationen .....                  | 205 |
| VI. Die Verhaltensmodifikation bei Kindern .....          | 207 |
| 1. Die grundlegenden Aspekte der Verhaltensmodifikation . | 207 |
| 2. Die Förderung oder Verstärkung gewünschten Verhaltens  | 219 |
| 3. Die Abschwächung und Löschung des Fehlverhaltens ..... | 228 |
| 4. Die Förderung der Verständniseentwicklung .....        | 234 |
| VII. Die zentralen pädagogischen Anliegen .....           | 249 |
| 1. Die Förderung der Selbstsicherheit .....               | 252 |
| 2. Die Aktivierung der Lernbereitschaft .....             | 278 |
| 3. Die Anleitung zur Selbstkontrolle .....                | 294 |
| 4. Der Aufbau der Sozialhaltung .....                     | 313 |
| Abschluß: Weiterführende Aufgaben .....                   | 337 |
| Literaturverzeichnis .....                                | 339 |

Zitate und Literaturhinweise sind - der besseren Lesbarkeit wegen - in den Text eingearbeitet. Ein alphabetisch angeordnetes Literaturverzeichnis befindet sich am Ende der Arbeit.



## Einleitung

Die Kognitive Verhaltenstherapie geht davon aus, daß kognitive Prozesse das Verhalten beeinflussen und daß diese Prozesse durch kognitive und behaviorale Techniken verändert werden können.

Die Kognitive Verhaltenstherapie konzentriert sich auf die Veränderung der gegenwärtig wirksamen, also erkennbaren Stützursachen der Lebensschwierigkeiten und nicht auf die weiter zurückliegenden vermutbaren Entstehungsursachen.

Die kognitiven Prozesse umfassen alle psychischen Vorgänge, die es mit Informationsaufnahme, -verarbeitung, -verwertung zu tun haben, also mit Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Überzeugungen und Überzeugungssystemen, Beurteilungen und Wertungen, Vorstellungen, Annahmen, Vermutungen, Erwartungen, Hoffnungen und Befürchtungen, weiter mit Begriffsbildung, Urteilsbildung, Schlußfolgerung bzw. Problemlösung.

Verhalten untersteht nicht automatisch der Kontrolle externer Faktoren. Aufgrund vergangener Erfahrungen hat der Klient Wahrnehmungspräferenzen, Einstellungen und Erwartungen entwickelt, die sein Verhalten stützen und steuern. Der gemeinsame Nenner dieser Stütz- und Steuerungsfunktion ist das Bedeutsamkeitsrelief. Wir nehmen vorzugsweise das wahr, stellen uns auf das ein, erinnern uns an das und erwarten das, was für uns von besonderer Bedeutung ist.

Wenn es dem Therapeuten gelingt, die dem Verhalten und Erleben des Klienten zugrundeliegenden Bedeutsamkeiten aufzudecken, versteht er die oft seltsamen, bizarren oder stereotypen selbstschädigenden Gedankengänge und Verhaltensweisen des Klienten. Diese Aktualdiagnose verweist den Therapeuten zugleich auf die Ziele und Ansatzpunkte der Therapie. Der Therapeut vermittelt dem Klienten diese Zusammenhänge, so daß dieser die Zielsetzung und den Nutzen zu erwartender Veränderungen versteht. "Diese Erwartung ist abhängig vom Glauben des Klienten an seine eigene Fähigkeit, die für eine therapeutische Veränderung erforderlichen Verhaltensweisen hervorzubringen, sowie vom Glauben, daß das

therapeutische Verfahren Erfolg haben wird ... Ein Mensch verhält sich deshalb unangepaßt, weil er aufgrund eines abnormen Lernprozesses davon ausgeht, daß er Gefühle der Angst oder der Depression nicht ändern, verarbeiten oder vermeiden kann. Ziel der Therapie ist es also, die falsche Einschätzung des Klienten hinsichtlich zukünftiger Resultate zu verändern, und zwar entweder, indem man die Art und Weise verändert, wie Umweltinformationen verarbeitet werden, oder indem man den Klienten Fähigkeiten trainieren läßt, die es ihm erlauben, an die erwünschten Verhaltensweisen zu glauben, oder indem man beide Methoden anwendet." (Forcyt, J.P. und Goodrick, G.T.: Kognitive Verhaltenstherapie. In: Corsini, R.J., Hrsg.: Handbuch der Psychotherapie. Weinheim/Basel 1983, S. 532 f.)

Die Zusammenhänge zwischen Kognition, Emotion und Verhalten sind noch nichtvollständig geklärt. Wir müssen uns also vorläufig mit der Aufstellung von Hypothesen begnügen. Wichtig ist die Art und Weise, wie der Therapeut das Problemverhalten des Klienten diesem kognitiv vermittelt. "Die Deutung muß für den Klienten sinnvoll sein und einleuchtende Veränderungsstrategien eröffnen, die unter Berücksichtigung der dem Klienten eigenen Kraft realisierbar sind." (a.a.O., S. 533)

Der Klient lernt in der Therapie, daß akut-aktuelle Kognitionen sowohl die Emotionen als auch das Verhalten weitgehend beeinflussen und bestimmen. Unter akuten Kognitionen kann man die in der Lebenserfahrung aufgebauten Denk-, Einstellungs- und Erwartungsgewohnheiten verstehen, die als Bereitschaften in vielerlei Situationen gleichsam automatisch die negativen Aspekte dieser Situationen beachten und/oder hervorkehren. Die aktuellen Kognitionen artikulieren sich in den sogenannten inneren Dialogen. Der Klient wird darauf aufmerksam, daß er häufig vor, in und nach gewissen kritischen Situationen zu sich selbst 'negativ spricht'. Er lernt weiterhin, daß man Emotionen erst über den Umweg von neuen 'positiven' Kognitionen verändern kann, während das Verhalten sowohl direkt als auch über die veränderten Kognitionen angebar ist. Er lernt letztlich auch noch, daß sowohl die positiven Emotionen als auch das produktive Verhalten das positive Denken stützen

und stabilisieren. Es geht also in der Kognitiven Verhaltenstherapie um eine Neukonstruktion des zentralen Dreiecks.



### Ziele der Therapie

- 1) Weckung der Erwartung, daß Hilfe möglich ist und die Behandlung erfolgreich sein wird. Der Klient muß sich über die unangebrachten Kognitions-, Emotions- und Verhaltensmuster klar werden.
  - Der Therapeut fordert den Klienten dazu auf, seine Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen selbst zu registrieren, die vor, während oder nach bestimmten problematischen Situationen oder Stimmungen auftreten.
  - Der Therapeut und der Klient erreichen eine Übereinkunft hinsichtlich der Interpretation der Klientenprobleme aufgrund der Analyse bzw. Deutungen der Problemnotizen, wobei die Aufdeckung unangemessener Kognitionen eine besondere Rolle spielt.
  - Der Klient findet eine plausible Erklärung für seine Probleme und gewinnt damit Anhaltspunkte für eine wünschenswerte Veränderung. Er wird nicht mehr durch das Gefühl, allmählich verrückt zu werden, belastet.
- 2) Entwicklung neuer Kognitionen, die beim Klienten eine Bereitschaft zur Veränderung stärken.
  - Das Vertrauen des Klienten zur Therapie und zum Therapeuten weckt bei ihm die Erwartung, daß eine Lösung seiner Probleme möglich ist.
  - Bereits nach den ersten drei, vier Zusammenkünften verspürt der Klient einen Zuwachs an Eigenmacht und Selbstkontrolle. Die automatisierten kognitiven und behavioralen Problemmuster verlieren ihre Bestimmungskraft.



- Schrittweise baut der Klient einen neuen Kognitions-Set auf, der zu produktiven Emotions- und Verhaltensmustern führt.

### 3) Praktische Anwendung des neuen Kognitions-Sets.

Vieles - manchmal sogar Entschiedenenes - kann durch Einsicht, durch ein sogenanntes Aha-Erlebnis, erreicht werden. Damit die Einsicht aber auch in kritischen Belastungssituationen durchhält, bedarf sie der Veränderung im Verhalten.

- In der Therapie erfolgt die Anwendung vorzugsweise in der Imagination. Der Klient stellt sich real erlebte kritische Situationen gleichsam wiederholend vor und bewältigt sie in der Vorstellung. Unter dem Beistand des Therapeuten kann er auch noch zusätzlich verdichtete Problemsituationen konstruieren, sie wiederum in Gedankenspielen konstruktiv bewältigen. Wichtig ist dabei die Erfahrung, daß ihm diese am besten bei Entspannung gelingt. Deshalb ist ein Entspannungstraining in jede kognitive Therapie eingebaut.
- Die Anwendung sollte aber auch in der realen Beziehungssituation Klient-Therapeut zur Geltung kommen. Da der Klient zum Therapeuten Vertrauen entwickelt hat, kann er in dieser therapeutischen Modellsituation angstfrei den neuen Lebensstil praktizieren.
- Um eine angemessene kognitive Kontrolle in problematischen Lebenssituationen zu erreichen, muß der Klient seine neue Lebens- und Erlebnisweise in der alltäglichen Lebenspraxis einüben. Durch die neuen Erfahrungen des Klienten in normalen und kritischen Situationen wird er zunehmend deutlicher in seinen positiven Erwartungen bestätigt, so daß er das Gefühl der Selbsteffizienz im Umgang mit den eigenen Problembereichen entwickelt.

Am besten ausgearbeitet ist die Kognitive Verhaltenstherapie in der Streßimpfung, in der Therapie der Depressionen und im Aufbau einer sozialen Kompetenz. Ich werde auf diese Strategien an anderer Stelle eingehen. Zunächst sollen noch kurz drei übergreifende therapeutische Zielvorstellungen erörtert werden: Ermutigung und Vertrauensgewinn, Aktivität und Rationalität, Selbstverantwortung und Sinnfindung.



### Ermutigung und Vertrauensgewinn

Die Klienten sind zumeist entmutigte Menschen. Sie haben viele Enttäuschungen und Niederlagen erlebt. In ihnen hat sich die Vorstellung festgesetzt, daß sie sich nicht ändern können und daß Therapie bei ihnen auch nichts mehr erreichen kann. Oft haben sie Erfahrungen mit wechselnden Psychopharmaka gemacht. Sie konnten zwar hier und da zwischendurch kurzfristige Erfolge buchen; zu einer grundlegenden Veränderung ihrer Lebenslage und Befindlichkeit, zur Mobilisierung ihrer Selbstachtung, ihres sozialen Interesses und ihrer Leistungsfähigkeit sind sie nicht gekommen.

Sie haben ihr Leben eingeschränkt, Aktivitäten aufgegeben, sich vom gesellschaftlichen Leben selbst ausgeschlossen. Die Untätigkeit und das Grübeln wirken belastend. Sie können nicht den Mut zur Veränderung aufbringen, zumal bei allen Leiden an sich selbst sie doch einen geheimen Gewinn buchen: Das eingeschränkte Leben dieser Teilzeitmenschen gewährt eine gewisse Sicherheit. Sie fürchten sich vor der Veränderung, weil diese gewisse Unsicherheit mit sich bringt und Ängste auslöst. Andererseits erleben sie aber auch, daß ihre Angehörigen und Bekannten ihnen besondere Aufmerksamkeit und Mitgefühl entgegenbringen. Diese Zuwendung tut ihnen irgendwie gut, so daß sie diese nicht verlieren möchten.

Die Klienten sammeln über Jahre hinweg Überzeugungen in bezug auf sich selbst, auf andere und auf die Wirklichkeit, mit denen sie die Entmutigung bestätigen. Wie Losoncy gezeigt hat, sind die Überzeugungen die Melodie, nach der die Gefühle und Handlungen des Betreffenden tanzen (Losoncy, L.: Ermutigungstherapie. In: Corsini, R.J., Hrg.: Handbuch der Psychotherapie. Weinheim/Basel 1983, Bd. 1, S. 181). Der entmutigte Klient hält an zwei Motiven fest: Ich bin für mein Leben nicht verantwortlich. - Ich bin schwach, taue nichts.

Entmutigte Menschen neigen dazu, ständig andere Menschen, die Welt und die Vergangenheit für ihre gegenwärtige Lage verantwortlich zu machen.

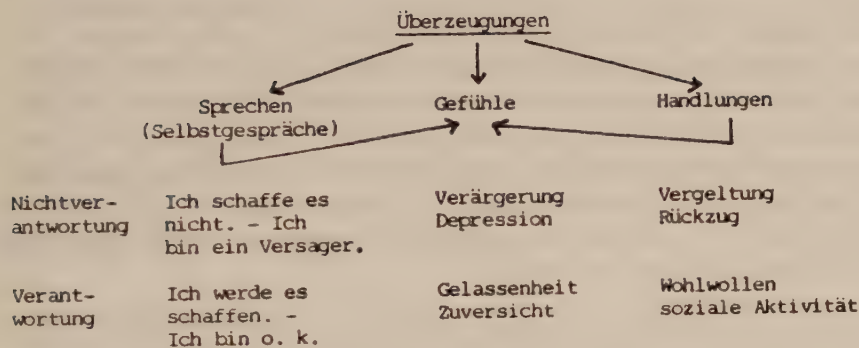
Losoncy nennt vier Arten von Beschuldigungen: die Beschuldi-

gung von Gruppen (Die Gesellschaft hat mich kaputt gemacht.), die Beschuldigung von Personen (Meine Eltern haben mich falsch erzogen.), die Beschuldigung von Sachverhalten (Das Klima in Bayern, der Föhn, setzt mir sehr zu.), die Selbstbeschuldigung (Ich bin zu sensibel, kompliziert, um mich in wichtigen Situationen schnell und eindeutig zu entscheiden.).

Entmutigte Menschen neigen dazu, sich selbst abzuwerten. Sie bilden von sich ein negatives Selbstbild (Ich kann nichts, ich bin nichts.). Mit ihrer beschuldigungsorientierten Identität glauben sie, auf Mißerfolg und Versagen programmiert zu sein. Dabei neigen sie auch zu definitiven Verallgemeinerungen in bezug auf andere Menschen und die Welt (Jeder denkt nur an sich und sein Fortkommen. Das Leben ist ein Kampf aller gegen alle.).

Menschen, die so zu sich selbst sprechen, haben weder zu sich noch zu anderen Menschen Vertrauen. Eine permanente Vertrauenskrise lähmt ihre Kräfte. Sie halten nicht Ausschau nach neuen Wegen der Bewältigung, sondern vergeuden ihre Energien damit, über die Risiken eines Versagens nachzudenken.

Die Überzeugungen, die wir uns aneignen, sind entscheidend für die Lebensbewältigung. Sie äußern sich in den Selbstgesprächen, Gefühlen und Handlungen. Wenn es dem Therapeuten gelingt, den Klienten zur Neukonstruktion von förderlichen Überzeugungen und damit zur Eigenverantwortlichkeit anzuregen, dann spricht der Klient in anderer Weise zu sich, fühlt und handelt anders als bisher. Die Überzeugungen sind Elemente der kognitiven Struktur. Im Verbund mit der kognitiven Umstrukturierung des Klienten lernt dieser, in speziellen Übungen die sich anbahnende Veränderung der Selbstgespräche und des Verhaltens auszubauen, so daß von diesen beiden Seiten aus zusätzliche Impulse den Gefühlswandel stützen.



Die Kognitive Verhaltenstherapie führt den Klienten zur Einsicht, daß die äußeren Umstände nicht die Ursachen seines Leidens sind, sondern die Bedeutung, die er diesen Umständen zuspricht bzw. die Überzeugung, die er sich auf diesem Wege bildet. In Absetzung von der Stimulus-Response-Psychologie der Behavioristen bezeichnet Losoney die hier vertretene Sichtweise als S-You-R-Psychologie. Er will damit sagen, daß letzten Endes die Reaktionen des Menschen durch die Wahl des 'You' bestimmt werden und nicht automatisch das Resultat von Reizen sind.

In der hier erörterten Therapie werden die Klienten zur Übernahme von Verantwortung und zum Aufbau von Vertrauen ermutigt.

Verantwortung übernimmt ein Klient dann, wenn er zur Einsicht gelangt, daß er das, was sich nicht ändern läßt bzw. das, was er nicht ändern will, akzeptiert und das ändert, was er ändern will. Veränderung erreicht man dann, wenn man sich als Regisseur seines Lebens auffaßt und aktiv an der Verbesserung seiner Lage und Lagebefindlichkeit arbeitet.

Vertrauen liegt in der positiven Lebensauffassung des Klienten und im Bewußtsein seiner Fähigkeiten. Vertrauensvolle Menschen lassen sich nicht durch Schwierigkeiten von der Bewältigung abhalten. Sie fassen Schwierigkeiten nicht als unüberwindbare Barrieren, sondern als Herausforderungen auf. Sie halten nach Alternativen Ausschau, scheuen auch keine Umwege, um ans Ziel zu kommen. Der entmutigte Mensch sieht bei Schwierigkeiten Sackgassen, es mangelt ihm - aufgrund seines eingeeengten Blickfeldes - an 'perzeptuellen Alternativen'.

Vier Phasen kennzeichnen den therapeutischen Ermutigungsprozeß:

In der ersten Phase (affect focusing) geht es um die Herstellung einer vertrauensvollen und ermutigenden Beziehung zwischen Klient und Therapeut. Hier werden die Gefühle des Klienten angesprochen. Der Therapeut vermittelt ihm Sicherheit und Zuversicht, indem er ihn, so wie er ist und sich gibt, akzeptiert und sich auf seine Belange konzentriert. Dabei gewinnt der Therapeut erste Einblicke in die Überzeugungen des Klienten.

In der zweiten Phase (cognition focusing) konzentrieren sich die therapeutischen Partner auf die Wahrnehmungen, perzeptuellen Alternativen und Überzeugungen. Der Klient lernt sich selbst, andere Menschen und die Wirklichkeit neu zu sehen. Er erkennt, daß er durch seine 'Irrationalen Gedankengänge' sich selbst immer wieder in Schwierigkeiten bringt. Im Ergreifen perzeptueller Alternativen eröffnet sich ihm ein Weg, aus dem Dilemma herauszukommen. Das Wissen, das die persönliche Lebensauffassung die Art und Weise beeinflusst, das Leben zu erleben und zu führen, mobilisiert produktive Einsatzkräfte. Der Klient entdeckt bei sich Bewältigungsfähigkeiten und wird dadurch in seinem Vertrauen zu sich und dem Therapeuten bestärkt. Zugleich wächst sein Mut zur Änderung.

In der dritten Phase (action focusing) wird dem Klienten klar, daß Einsicht, Vertrauen, Verantwortung, Mut und die damit zusammenhängenden Gedanken, Worte, Gefühle wichtige private Voraussetzungen der Neuorientierung sind. Der Klient kann sich selbst und andere können ihn aber erst dann kennenlernen, wenn diese psychischen Elemente sich im Verhalten und Handeln manifestieren. Diese Phase ist deshalb die Phase des Planens, des Engagements und der Vorwärtsbewegung. Es werden bestimmte Ziele abgesteckt; der Klient wird zum Handeln ermutigt, ohne auf Erfolg oder gar Versagen fixiert zu sein. Der Therapeut fordert den Klienten bei jedem Fortschritt, den dieser im Handlungsbereich erreicht, auf, sich selbst zu loben, zu feiern.

In der abschließenden vierten Phase (holistic focusing) konzentriert sich der Therapeut auf die ganze Person des Klienten. Er hilft dem Klienten zur Erkenntnis der Zusammenhänge zwischen Den-

ken, Sagen, Fühlen und Handeln. "Diese erleuchtende Erkenntnis gibt dem Klienten ein Gefühl innerer Freiheit, persönlicher Kontrolle, eigener Kraft und die Motivation zur positiven Entwicklung. Wenn dieses Ziel erreicht ist, stellt sich die zentrale Annahme der Ermutigungstherapie als richtig heraus: Am Ende ist der wesentliche Grund, weshalb sich Menschen überhaupt ändern, der, daß sie selbst motiviert sind, das zu tun." (a.a.O., S. 189)

Die meisten Menschen sind mehr außen- als innengelenkt. Sie richten ihren Blick nach außen - auf Autoritäten und Personen, die sie respektieren - und auf das, was sie 'sollen' und 'müssen', ohne zu erkennen, daß sie von 'Innen heraus' besser lernen könnten zu leben: aus ihren Gefühlen, Wünschen, Erwartungen, Hoffnungen.

Um dieser Erkenntnis zu folgen, muß der Klient das Vertrauen zu sich selbst herstellen. Der Therapeut unterstützt ihn darin, daß er dieses Vertrauen bei allen sich bietenden Gelegenheiten verbal, emotional und im (körperlichen) Verhalten zum Ausdruck bringt.

Mit dem Freilassen und Äußern innerer Befindlichkeiten lösen sich angstgebundene Hemmungen auf, der Klient tritt mehr mit den anderen Menschen in Verbindung, gelangt so zu einem neuen und präziseren Realitätsbild. Es werden neue Handlungsmöglichkeiten erkannt und realisiert. Das Leben gewinnt an Spannkraft und Flexibilität.

### Aktivität und Rationalität

Im Laufe der Entwicklung erwirbt der Mensch einen ziemlich festgelegten Katalog von Einstellungen und Vorstellungen über sich selbst und andere. Alfred Adler hat das Ergebnis dieses Vorgangs als private Logik und private Intelligenz bezeichnet. Die Kombination dieser Vorstellungen, von denen einige unrichtig sind, führt zur Fehlorientierung und zu sich wiederholenden Lebensschwierigkeiten.

Nach Adler übt die Unterentwicklung des Gemeinschaftsgefühls einen negativen Einfluß auf die Wahrnehmung, die Vernunft und Wertbildung aus. Solche Menschen sehen die Welt anders, sie orien-



tieren sich nach ihrer 'privaten Landkarte'. "Wir haben hier also zwei Bezugssysteme vor uns. Das eine davon ist das normale, das gesellschaftlich Durchschnittliche, das alle Logik, alle Weltvernunft umfaßt, und im Sinne dieser letzteren erwarten wir normale Bewegungen des Individuums. Daneben aber gibt es private Bezugssysteme, die mit dem ersteren nicht mehr zu identifizieren sind. So, wenn ein verzärteltes Kind für sein Leben ein Verhalten zeigt, das von vornherein erfordert, daß man ihm alles auf dem Präsentierteller entgegenbringt, daß sich immer jemand finden soll, der sich in seinen Dienst stellt, damit es möglichst ohne Kraftaufwand alles erreichen kann, was sich andere erst mühsam erarbeiten müssen." (Adler, A.: Zusammenhänge zwischen Neurose und Witz. Int. Zeitschrift f. Individualpsychologie, 1927, S. 94 f.)

Klienten verhalten sich innerhalb ihres Bezugssystems folgerichtig und sinnvoll. Sie versuchen auch, ihr Problemverhalten unter großen Anstrengungen und unter Vornahme falscher Wertungen mit der Logik in Einklang zu bringen. In der Therapie geht es darum, den Klienten zur Einsicht in sein privates Bezugssystem zu führen und ihn zur Aufgabe seiner falschen Wertungen zu veranlassen. "Gelangt der Neurotiker zum Verständnis seines eigenen Weltbildes - ein Bild, das er sich in der frühen Kindheit aufgebaut hat und das ihm als 'private Karte' sozusagen beim Ausfindigmachen seines Lebensweges gedient hat -, so ist ein wesentlicher Teil des Heilungsvorganges geschafft. Wenn jemand bestrebt ist, sein Leben auf einen annähernd normalen Lebensweg umzulenken, muß er erkennen, wie er die Welt bisher gesehen hat. Er muß stets die Welt von neuem sehen und seine alte private Anschauung mit einer mehr dem common sense entsprechenden Sicht in Einklang bringen." (Adler, A.: On the Interpretation of dreams. Int. Jahrbuch f. Individualpsychologie 2, Nr. 1, 1936, S. 13)

In der Therapie wird der Klient auf das Grundmuster seiner unstimmgigen Vorstellung aufmerksam gemacht und mit zur Wirklichkeit des Lebens stimmigen Vorstellungen konfrontiert. Er erfährt das, was Festinger als 'kognitive Dissonanz' bezeichnet. Die erlebte Irritation und Verwirrung, die dissonanten Gefühle und Gedanken und ihre äußeren Anzeichen der Spannung und des Fehlverhaltens führen zu einer Umstrukturierung des Denkens in Richtung einer produktiven Lebensorientierung.

Diese Umorientierung verläuft sehr unterschiedlich. Gelegentlich führt die Einsicht in die verfehlte Lebensorientierung in eine schwere Krise, Verwirrung, Selbstanklage und depressive Verstimmung. Andererseits gibt es Beispiele völlig entgegengesetzter Art. Die Erschütterung wird von einer sichtbaren 'leuchtenden Erleichterung' abgelöst; der Klient fühlt sich befreit von der lastenden Hoffnungslosigkeit seines Schicksals. Er gewinnt Lebensmut und Zuversicht, erfährt an sich das, was Bergson als 'élan vital' bezeichnete. Dazwischen liegt das breite Band des hinhaltenden Widerstandes, das erst unter dem mühseligen therapeutischen Beistand schrittweise abgebaut werden kann.

Der Therapeut hat für den Klienten neue wirkungsvolle Erfahrungen zu finden und zu arrangieren:

Nehmen wir an, ein Mensch ist der Meinung, daß die Erde eine Scheibe sei. Der Therapeut unternimmt mit ihm eine Schiffsreise und macht ihn aufmerksam darauf, daß weiter entfernte Segelschiffe zuerst an den 'auftauchenden' Masten und Segeln zu erkennen sind, erst bei weiterer Annäherung dann auch der Bug und Schiffsleib sichtbar werden. Der Klient kann dann immer noch behaupten, daß die Scheibe gebogen sei. Unabweisbar wäre die neue Erfahrung erst, wenn der Klient in einer Weltraumfahrt dem entscheidenden Wahrnehmungsdruck ausgesetzt werden könnte.

Dieses Beispiel soll nur zeigen, worauf es in der Therapie ankommt: Konfrontation mit überzeugungskräftigen Erfahrungen.

Die einzelnen Erfahrungen und Vorstellungen des Menschen vereinigen sich zu lebens- und erlebnisbestimmenden Leitlinien. Es stellt sich die Frage nach den dabei wirksamen Psychismen. Die sogenannte Ich-Psychologie hat darauf eine weiterführende Antwort.

Die Prinzipien, durch die die verschiedenen Zielvorstellungen der Gesamtpersönlichkeit in Übereinstimmung gebracht werden, bezeichnet Hartmann als die organisierende Funktion und Nunberg (1948) als die synthetischen Funktionen des Ich (Hartmann, H.: Ich-Psychologie, Studien zur psychoanalytischen Theorie. Stuttg. 1972, S. 71 f. - Nunberg, H.: Die synthetische Funktion des Ich. Int. Zs. f. Psychoanalyse 16, 1930).

Drei Aspekte dieser Funktion lassen sich aufzeigen: 1. die Selbsterhaltung, 2. die Aktivität und 3. das Realitätsprinzip.

Zur Selbsterhaltung: Während die Selbsterhaltung beim Tier weitgehend durch Instinkt gesichert wird, bedarf der Mensch dazu der bewußten Wahrnehmung, Beurteilung und Entscheidung. So ist zum Beispiel beim Menschen Gesundheit nicht einfach gegeben, sondern eine zu erbringende Leistung.

Zur Aktivität: Der Mensch ist vom Beginn seines Lebens an ein aktives Wesen, das sich mit seiner Umwelt auseinandersetzt. Nach einer anfänglich mehr reaktiven Phase wird das Verhalten immer deutlicher intentional und integriert. Mit der wachsenden Fähigkeit der Vorwegnahme artikulieren sich die intentionalen Akte. Mit zunehmender Entwicklung wächst die Unabhängigkeit vom unmittelbaren Anstoß durch Reizdarbietung. Hier spielt die sogenannte Internalisierung eine große Rolle, d. h. die Fähigkeit, 'innerhalb' des Organismus die in den Reizen enthaltene Information zu speichern und zu verarbeiten. Damit erweitert sich der Kreis der Reaktionsmöglichkeiten. Mit der Objektivierung erreicht das Individuum die Differenzierung des Selbst von den Objekten und Menschen der Umwelt.

Zum Realitätsprinzip: Das Individuum wird zunehmend fähiger, die 'realen' Züge der Innen- und Außenwelt abzuschätzen und unmittelbare Bedürfnisimpulse zugunsten effektiver Lebensführung zurückzustellen. Hartmann versucht die Bedeutung des Ausdrucks 'Realität' zu klären (S. 198 ff. u. S. 257 ff.). Nach ihm befähigen den Menschen zwei Arten des Wissens zur Erfassung der Realität: ein objektives Wissen, das verifiziert und empirisch geprüft werden kann, und ein sozialisiertes Wissen, das konventionell ist und durch eine ziemlich unkritische subjektive Annahme gekennzeichnet wird. Zwangsläufig wird das objektive Wissen durch das sozialisierte Wissen verändert. Es bedarf zumeist einer intensiven kritischen Einstellung, um zu erkennen, welche große Rolle Werturteile in dem scheinbar objektiven Denken spielen. "Die Welt der Erfahrung - und es ist nur die Welt der unmittelbaren Erfahrung, die der Mensch direkt erfassen kann - ist nicht leicht zu bestimmen. Es ist klar, daß sich die Welt der Erfahrung und die wissenschaftliche Welt nicht decken; die Wissenschaft kennt viele Variablen, die der direkten Erfahrung nicht zugänglich sind.

Es ist weiter klar, daß Zusammenhang und Ordnung im Denken die 'Realitäts-Wahrnehmung' merklich assimilieren. Eine Nichtübereinstimmung mit bereits bestehenden Gedächtnisinhalten führt meist zu Störungen im Gebrauch des objektiven Wissens. Was wir Realität nennen, wird daher von unserer eigenen Lebensgeschichte geformt, wie sie sich gerade zu diesem Zeitpunkt und an diesem Ort darstellt, sowie von der Struktur des geistigen Apparates selbst. Vermittels der ordnenden Funktionen des Ich bauen Erwachsene ein funktionierendes, aber beständig schwankendes Gleichgewicht zwischen objektivem Wissen und innerer und äußerer subjektiver Welt auf. Auf diese Art ist das Wissen nach Umfang und Dynamik durch ein beständiges Zusammenspiel mit der spezifisch menschlichen psychischen Struktur der Veränderung ausgesetzt." (Kovacs, A.L.: Ich-Psychologie und Selbsttheorie. In: Bühler, Charlotte und Massarik, F. -Hrsg.-: Lebenslauf und Lebensziele. Stuttg. 1969, S. 139)

Aktivität und Einsicht stehen als komplementäre Formen der Beziehung zur Außenwelt in Wechselwirkung zueinander. "Die Einsicht in die Realität - d. h. die innere Aufzeichnung, Assimilation, Bearbeitung, das 'Verstehen', Planen, das den perzeptiven und kognitiven Apparat einsetzt - bestimmt zum Großteil die Handlungen der reifen Person. Jedoch die bei der Ausführung einer Handlung gewonnenen Daten bilden eines der wichtigsten Mittel zum Erwerb weiteren Wissens über die Welt und zusätzliche Einsicht. Die beiden Funktionsgefüge durchdringen einander und arbeiten bei normaler Anpassung synergistisch. Bei psychopathologischen Syndromen, wie den zwanghaften Leiden oder den Phobien, sehen wir, wie der normale Synergismus zerfallen kann." (Kovacs, S. 135)

In den weiteren Ausführungen geht Kovacs auch auf die Rollen ein, die rationale bzw. irrationale Handlungen für den Menschen spielen.

Die Aktivität verfolgt fast immer irgendwelche Zwecke und Ziele. "Im Normalfall sind die 'Ziele' konkreter Handlungen nur Wendepunkte. Das Leben ist ein ständiger Fluß, und ein durch eine bestimmte Handlung erreichtes Ziel dient als Basis, von der aus der Mensch dem Ziel für die nachfolgende Handlung zustrebt ... Einige Ziele scheinen freilich zu erstarren und ziemlich resistent gegen Veränderungen zu werden. Die meisten Leute haben eine

relativ große Zahl von Zielvorstellungen, die während langer Perioden ihres Lebens immer wieder verfolgt werden und die der Modifikation nicht besonders zugänglich zu sein scheinen. Sie können unter dem Druck der Erfahrung aufgegeben werden ... Daß sich der Mensch zu 'unveränderlichen Zielen' bekennt, ja sie ehrfürchtig bewahrt, scheint ein spezifisch menschliches Merkmal zu sein, doch ist das erstrebenswerte Gut seinem Inhalt nach von Kultur zu Kultur ungeheuer verschieden." Der Mensch ist auf der ständigen Flucht vor einem Gefühl der eigenen Abgetrenntheit und Einsamkeit. "Ewige Wahrheiten liefern dem Menschen eine 'Verschmelzungsillusion', die wieder das subjektive Erleben der Sicherheit fördert und als Puffer gegen die Angst seiner existentiellen Not dient." (Kovacs, S. 135 f.)

Die Ausdrücke 'rational' und 'irrational' werden oft - so auch bei Ellis - ohne sementische Präzision gebraucht. Mit dem Begriff des Rationalen bezeichnen wir zunächst das logisch 'korrekte' Denken. Dieses Denken stützt sich auf die Beobachtung der empirischen Tatsachen und auf die allgemein anerkannten logischen Regeln. Irrational sind dagegen Prozesse, die in erster Linie impulsiv und affektiv sind.

In der Literatur wird der Begriff rational oft gleichgesetzt mit 'adäquat' und 'vernünftig'. "Diese Gleichsetzung hat aber nur dann eine gewisse Berechtigung, wenn das als vernünftig und adäquat Bezeichnete selbst auf Intelligenz, Einsicht und logischem Denken beruht. Viel zu häufig jedoch wird auf der Grundlage von Werturteilen anstelle des empirischen Wissens entschieden, was in einer Angelegenheit für den Menschen vernünftig oder adäquat ist." (Kovacs, S. 136)

Auch sollte man das Rationale nicht mit dem Gesunden bzw. Rechten gleichsetzen. Rationale Handlungen können auch der Zerstörung und Selbstzerstörung dienen. Vor allem sollte man sich vor einer einseitigen Überbewertung des Rationalen, vor der Annahme einer Allmacht des Geistes, hüten. Im vollkomponierten Leben spielen auch Phantasie, Wünsche, Stimmungen und Intuitionen eine große Rolle.



## Selbstverantwortung und Sinnfindung

Die Selbstkontrolle und Selbststeuerung sind wichtige Therapieziele. Doch erhalten diese Ziele erst ihre volle Bedeutung, wenn sie auf die Entwicklung von persönlicher Verantwortlichkeit ausgerichtet sind. Der Klient übernimmt die Verantwortung für seine persönliche Lebensführung. Er entschuldigt sein Verhalten nicht mehr, indem er die Eltern und ihre Erziehung, die Gesellschaft und ihre lähmenden Beschränkungen für seine Misere verantwortlich macht, sondern sich selbst, seine selbstverschuldete Unwissenheit und sein eigenes Mißmanagement. In der Therapie kann sich der Klient das für eine produktive und befriedigende Lebensführung wichtige persönliche Wissen aneignen. Zugleich kann er die selbstgestalterischen Kräfte schrittweise erweiternd freisetzen. Da es dabei zur Konturierung von Sinnperspektiven des eigenen Lebens kommt, wird diesem Leben Spannkraft und Zuversicht verliehen.

"Für gewöhnlich beachten wir die Luft, die uns umgibt, kaum. Nur wenn wir zu wenig oder gar keine Luft bekommen, etwa bei einem Erstickenfallsanfall, werden wir uns der Luft und unseres Bedürfnisses nach ihr eindringlich bewußt. In dieser Hinsicht besteht eine Ähnlichkeit zwischen der Luft und 'dem Sinn' des Lebens. Solange das Leben sinnvoll ist, denkt und spricht der Mensch relativ wenig über diesen Sinn. Aber sobald es wenig oder keinen Sinn mehr hat, spielt das Problem des Sinnes in den Äußerungen und in dem Bewußtsein eines Menschen eine wichtige Rolle." (Edith Weisskopf-Joelson: Der Sinn als integrierender Faktor. In: Bühler, Ch. u. Massarik, F.: Lebenslauf und Lebensziele. Stuttg. 1969, S. 308)

Wenn wir uns über den Sinn des Lebens verständigen wollen, sollten wir die Klienten fragen, die behaupten, ihr Leben sei sinnlos. Wenn man dies tut, erfährt man, daß die Klienten mit Sinn und Sinnlosigkeit oft Verschiedenes meinen. Ihre Antworten lassen sich aber fast alle in drei Definitionen einordnen:

- 1) Sinn als Integration der privaten und der öffentlichen Welt und Fehlen des Sinnes als eine Trennung dieser zwei Welten;
- 2) Sinn als Erklärung oder Interpretation des Lebens;
- 3) Sinn als Zweck oder Aufgabe im Leben.

Weisskopf-Joelson weist darauf hin, daß heute mehr Klienten als früher mit der Klage zum Therapeuten kommen, ihr Leben sei sinnlos. Die spezifischen Beschwerden, wie etwa hysterische und zwanghafte Symptome, die vor 60 bis 70 Jahren so häufig waren, treten immer mehr zurück. Dagegen nehmen die Leiden allgemeiner Art, die es mit emotionaler Labilität, Angst, Unsicherheit, Hemmungen, diversen psychosomatischen Beschwerden und depressiven Verstimmungen - Verlust des Lebenssinnes - zu tun haben, zu.

Zu 1: Menschen, die angeben, daß das Leben sinnlos erscheine, erwähnen häufig, daß die Welt ihrer Gedanken und Wünsche zum Teil oder ganz von der Welt der äußeren Realität getrennt ist. Diese äußere Realität ist nicht mit Interesse oder innerer Anteilnahme besetzt. Die innere Welt spiegelt sich nicht in äußeren Ereignissen und steht mit ihnen nicht in Wechselwirkung. In beiden Richtungen breitet sich Entfremdung bzw. Sinnlosigkeit aus. Nur ein zur Realität in Beziehung stehendes Individuum kann Ziele setzen und Bindungen eingehen. Wenn sich die inneren Direktiven nicht in die Außenwelt hinauserstrecken, kann der Mensch seine Phantasien nicht verwirklichen, er kann nicht 'Märchen in Geschichte verwandeln' (vgl. Milner, M.B.: *One not being able to paint*. NY 1958, S. 119 f.). Wenn die Außenwelt nichts mehr bedeutet, wird sie allmählich nicht mehr voll erlebt; sie wird unreal wie ein Schatten. Auch die Innenwelt verliert ihre Lebendigkeit; es breitet sich Leere aus.

Zu 2: Menschen, die angeben, daß sie ihr Leben als sinnlos empfinden, deuten an, daß sie das Fehlen einer Interpretation ihres Lebens so fühlen läßt. Solche Menschen haben das Gefühl, daß ihr Leben wie eine Geschichte ist, 'die von einem Narren erzählt wird' (vgl. W. Shakespeare: *Macbeth*). Weisskopf-Joelson sieht die Aufgabe der Psychotherapie darin, den Klienten zu einer kognitiven Strukturierung ihrer Einstellung zum Leben zu verhelfen. Ein solches System an Überzeugungen erklärt das Leben durch ein integratives Prinzip und macht es damit sinnvoll. Jede Psychotherapie vertritt eine bestimmte Lebensphilosophie; sie vermag die zum Teil widersprüchlichen Einstellungen und Äußerungen der Klienten miteinander zu verbinden und ihnen so Sinn beizulegen.

Zu 3: Manche bezeichnen ihr Leben als sinnlos und meinen das Fehlen einer äußeren Aufgabe, eines Zweckes oder Zieles. Der Mensch verfolgt in seinem Leben viele Ziele. Ein Ziel, das dem Leben Sinn gibt, muß langfristig und auf zentrale Belange ausgerichtet werden. Solche Belange können als Aufgaben oder Pflichten erkannt und verfolgt werden, als Hingabe oder wichtige Entscheidung auftreten.

Es ist vor allem Viktor Frankl, der in seiner Therapie die Lösung der Sinnfrage als Ziel herausstellt (vgl. Frankl, V.E.: Die Psychotherapie in der Praxis. Wien 1947; - Homo patiens. Wien 1950; - Logos und Existenz. Wien 1951; - Theorie und Therapie der Neurosen. Wien 1956).

Die Pädagogik hat zur Psychologie ein besonders enges Verhältnis - ganz gleich, ob sie von ihrer Position aus die Psychologie als Grundwissenschaft oder Hilfswissenschaft definiert.

Die Pädagogik stützt sich vor allem auf Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie, auf Milieu- und Sozialpsychologie und speziell - von der Unterrichtspraxis her gesehen - auf Motivations-, Lern- und Leistungspsychologie.

Verschiedentlich wurde auch der Bezug zu therapeutischen Konzepten betont, so z. B. zur Psychoanalyse und noch extensiver zur Individualpsychologie. In den letzten Jahren wurden mehrfach die Grundthesen der 'nicht-direktiven Psychotherapie' von Rogers pädagogisch ausgewertet. Die klassische Verhaltenstherapie konnte zur Pädagogik nur begrenzt beitragen; so fand z. B. das von Skinner herausgestellte Prinzip der Sofortverstärkung operanten Verhaltens im programmierten Unterricht und in den heilpädagogischen Programmen zur Behebung kognitiver und sozialer Defizitserscheinungen Anwendung.

Die pädagogische Diskussion der neueren Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie, die - wie noch zu zeigen ist - der Komplexi-

tat menschlichen Erlebens und Verhaltens in höherem Maße gerecht wird, steht m. E. noch aus.

Die vorliegende Arbeit zeigt die Kognitive Verhaltenstherapie und ihre pädagogischen Implikationen auf.

Es handelt sich also um den Hinweis auf gewisse therapeutische Leitgedanken, Prinzipien, die als Erziehungsziele und Erziehungswege besondere Beachtung verdienen.

Die Arbeit ist in zwei Abschnitte gegliedert:

Im ersten Abschnitt werden die wichtigsten Kognitiven Therapien in ihren Grundzügen erörtert. Dabei wird nicht nur referiert, sondern ausgewählt, akzentuiert und ergänzt. Letzteres war z. B. bei der in der Anlage wichtigen multimodalen Therapie erforderlich. Hier wurde die Konzeption übernommen, jedoch in den einzelnen Dimensionen genauer und ausführlicher ausgearbeitet.

Im zweiten Abschnitt werden die 'pädagogischen Implikationen der Kognitiven Verhaltenstherapie' aufgewiesen. Nach den einleitenden, mehr an der Klassischen Verhaltenstherapie orientierten Kapiteln wird der kognitive Aspekt betont in den Vordergrund gestellt (die Förderung der Verständniseentwicklung).

In den weiteren Kapiteln werden die zentralen pädagogischen Anliegen (Selbstsicherheit, Lernbereitschaft, Selbstkontrolle und Sozialhaltung) im Lichte der Kognitiven Verhaltenstherapie erörtert.

#### Erläuterungen zum Begriff 'pädagogische Implikationen'

Psychotherapie und Pädagogik haben es - wie an anderer Stelle ausgeführt wird - mit Entwicklungsförderung, d. h. mit der Veränderung des Menschen, zu tun. So sprechen Psychotherapeuten und Pädagogen z. B. von Strategien und Zielen ihrer Arbeit mit und am Menschen. Durch diese inhaltliche Zielgemeinschaft können Psychotherapeuten und Pädagogen voneinander lernen und ihr jeweiliges Konzept stützen und anreichern. Die Psychotherapie - und darin liegt der Schwerpunkt dieser Arbeit - kann der Pädagogik didaktische Beachtungsperspektiven anbieten. Der Pädagoge wird dabei erkennen, daß diese Hinweise innerhalb der Pädagogik, ihrer Geschichte und Systematik in verschiedener Weise schon beachtet wurden. Der Gewinn für den Pädagogen wird daher nicht so sehr im Inhaltlichen der Zielvorstellung, sondern im Methodischen zu sehen sein, also in der Frage: Wie können die gemeinsamen Ziele am effektivsten, d. h. mit Bezug auf die neuere Entwicklung der Psychotherapie - in der pädagogischen Praxis angepeilt und verwirklicht werden?

Da beide Wissenschaften es mit Zielen zu tun haben, erhebt sich die Frage nach den Normen und Normenbegründungen. Auf die Notwendigkeit einer solchen weiterführenden Normenanalyse wird am Schluß der Arbeit hingewiesen.

Der Titel der Arbeit lautet: 'Die Kognitive Verhaltenstherapie und ihre pädagogischen Implikationen'. Man könnte auch von 'pädagogischen Folgerungen oder Konsequenzen' sprechen. Doch weist der Begriff 'Implikationen' auf den engeren Zusammenhang von psychotherapeutischer und pädagogischer Arbeit - im Sinne einer 'selbstverständlichen Folgerung' hin. Der Begriff Implikation wird hier also nicht im logischen Sinne als Grund-Folge-Beziehung, sondern im allgemeinen Sinne von faktischer Folgerung gebraucht.



## A. Die Kognitive Verhaltenstherapie

Die Kognitive Verhaltenstherapie sieht ihre Aufgabe darin, fehlerhafte gedankliche Abläufe zu modifizieren, um damit produktives Handeln und Verhalten freizusetzen. Die therapeutischen Maßnahmen zielen also in erster Linie auf die Veränderung der hemmenden und störenden verhalten und bildhaften Kognitionen des Klienten sowie auf die Prämissen, Annahmen und Einstellungen, die diesen Kognitionen zugrundeliegen.

Wie schon angedeutet, verändert sich mit den Kognitionen auch das Verhalten und Handeln des Klienten. Allerdings müssen diese Aktivitäten in vielen Fällen - und deshalb wird in dieser Arbeit nicht von kognitiver Therapie, sondern von Kognitiver Verhaltenstherapie gesprochen - regelrecht zusätzlich angeregt und eingeübt werden.

Ellis, ursprünglich Psychoanalytiker, störten vor allem zwei Punkte an der Analyse: einmal die willkürliche Verknüpfung aktueller Probleme mit irgendwelchen vergangenen Erlebnissen und zum anderen die passive Haltung des Analytikers und Klienten mit ihrem Warten auf sogenannte Einsichten. Ellis erkannte, daß die Psychoanalyse zumeist nicht den von ihr erstrebten Erfolg brachte. Er löste sich von ihr und vertritt seitdem eine mehr aktive Psychotherapie. Die Ursache der Störungen sieht er auch nicht mehr in verdrängten Erinnerungen an frühere Traumata oder in verdrängten Triebregungen, sondern darin, daß sich die frühkindlichen Erfahrungen in irrationalen Gedanken und Überzeugungen niedergeschlagen haben. Diese werden durch fortlaufende verbale Selbstindoktrinationen (Selbstgespräche) aufrechterhalten und zu einem integralen Bestandteil der Lebensorientierung des Klienten.

Die anderen kognitiven Verhaltenstherapeuten wurden von Ellis und seinen Arbeiten zum Teil stark beeinflusst und angeregt. Die meisten von ihnen gehen deshalb auch näher auf die rational-emotive Therapie ein.

So würdigt z. B. Meichenbaum in mehreren Ausführungen die Arbeit von Ellis, wenn er auch selbst in der Therapie nicht wie Ellis eine rationale Analyse der sogenannten irrationalen Überzeugungsstruktur vornimmt. Stattdessen versucht er, dem Klienten die Fähigkeit des Problemlösens zu vermitteln und ihn zur Auseinandersetzung mit dem Problem anzuleiten. Meichenbaum gesteht ein, daß die Unmittelbarkeit und Sicherheit der Gedanken von Ellis ihn veranlaßt haben, einen Teil seiner Überlegungen, seiner Forschung und klinischen Praxis aufzugeben.

Auch Mahoney vermerkt und belegt in seinem Buch, daß er in verschiedener Weise von Ellis angeregt wurde. Mit ihm teilt er die bis zum stoischen Philosophen Epiktet (60 v. Chr.) zurückgehende Behauptung, daß die Menschen nicht durch die Dinge gestört werden, sondern dadurch, wie sie diese Dinge betrachten. Die fehlangepaßten Gefühle und Handlungen resultieren aus fehlangepaßten Gedanken. Die von Ellis aufgestellten irrationalen Annahmen werden von Mahoney ergänzt und in ein kognitives Umstrukturierungsmodell integriert.

Das von Beck entwickelte kognitive Depressionsmodell entstand durch eine Reihe von Untersuchungen über Depressionen, die Beck in den späten 50er Jahren durchführte. Er wollte empirische Belege zur Bestätigung psychoanalytischer Depressionstheorien vorlegen. Im Laufe seiner Arbeit erkannte er, daß das psychoanalytische Modell empirisch nicht aufrechtzuerhalten ist. Später fand er den kognitiven Faktor 'Hoffnungslosigkeit' als eine wichtige Determinante der Depression. In weiteren Untersuchungen stellte er als Grundmuster der Depression die 'kognitive Triade' heraus (negative Selbsteinschätzung - verzerrte Interpretation von Erfahrungen - negative Zukunftsperspektiven). In den weiteren Ausführungen über Beck gehe ich nicht näher auf seine Depressions-theorie ein; ich hebe dagegen die generellen Aspekte seiner kognitiven Therapie hervor.

Lazarus ist mit seiner Breitspektrum-Therapie weniger theoretisch und systematisch als empirisch-praktisch orientiert. Sein multimodaler Ansatz stellt eine tragfähige Ausgangsbasis für eine weiter zu entwickelnde kognitive Verhaltenstherapie dar.

## I. Die rational-emotive Therapie (A. Ellis)

Ellis bezeichnet die von ihm vertretene Therapie als rational-emotive Therapie. Er will damit herausstellen, daß unser Erleben und Verhalten in hohem Maße von unseren Gedanken (Überzeugungen und Deutungen) und unseren Wertvorstellungen (Einschätzungen und Bevorzugungen) bestimmt werden. Die beiden Einflußvariablen sind damit auch weitgehend für unser vital-emotionales Befinden, also unsere psychische Gesundheit, verantwortlich.

Irrationale, d. h. zur Lebenswirklichkeit (Psycho- und Interaktionsdynamik) unstimmige und damit selbstschädigende Gedanken produzieren zumeist eine Kette weiterer solcher unstimmiger Einstellungen und Wertungen. Die anderen, alle anderen Menschen sind lieblos, böse und niederträchtig; sie lassen einen nicht zur Geltung kommen; sie nutzen einen nur aus; sie haben sogar Spaß daran, andere zu quälen.

Eine neurotische Störung entsteht nach Ellis durch die Übernahme solcher irrationaler Einstellungen. Sie wird dadurch aufrechterhalten, daß sich der so geschädigte Mensch dauernd autosuggestiv reindoktriniert. Die dabei entstehenden Ängste und Befürchtungen werden durch die Interpretation der Situation oder der Ereignisse hervorgerufen. Sie haben keine objektive Grundlage. Ursprünglich wurden die Ängste und Befürchtungen auf andere bezogen; es ist schrecklich, fürchterlich und entsetzlich, von anderen nicht geachtet und geliebt zu werden. Später hat die Person sich diese Definition zu eigen gemacht; sie produziert jetzt ihre Ängste und Befürchtungen selbst. Ereignisse, die andere wenig oder gar nicht tangieren, irritieren, erhalten durch die subjektive Interpretation und Gewichtung eine emotional aufgeladene persönliche Bedeutung.

Wir werden von unserer Familie und anderen Institutionen unter dem Einfluß der Sozialisation oft dazu veranlaßt, an unsinnige Ideen zu glauben, so z. B. daß es für jeden Erwachsenen wichtig und notwendig sei, von jeder Person in seinem Umfeld beachtet, anerkannt und geliebt zu werden. Daß so etwas wünschens- und erstrebenswert sein kann, braucht nicht bestritten zu werden. Darum geht es hier nicht. Es geht um die Überzeugung, daß die Beachtung und Anerkennung für

eine befriedigende Lebensführung unbedingt erforderlich sei. Hat sich solch eine irrationale Meinung in einem Individuum etabliert, dann ist es auf Enttäuschungen programmiert. Dem anderen zuliebe stellt es seine legitimen Wünsche und Forderungen zurück; es wird nachgiebig und fremdbestimmt; zugleich bemüht es sich krampfhaft, zum Teil durch Liebedienerei und Anbiederung, um Anerkennung. Es erfährt dann aber schmerzlich, daß es von anderen nicht für 'vollgenommen', ja eher verachtet und ausgenutzt als beachtet und geschätzt wird. Da die betreffende Person den an sich folgerichtigen Interaktionsprozeß nicht durchschaut, gerät sie in eine zunehmende Irritation, emotionale Labilität, Angst und Unsicherheit; sie entwickelt neurotische Symptome: Hemmungen, Habachteinstellung, Echoverhalten, Verdächtigung, depressiv-aggressive Verstimmungen usw.

Die Therapie besteht darin, die irrationale Lebensphilosophie zu attackieren, dem Klienten die Zusammenhänge bewußt zu machen, die irrationalen Gedanken und Erwartungen abzubauen und durch angemessene lebensstimmige, d. h. rationale Konzepte zu ersetzen. Wie dies im einzelnen zu erreichen ist, wird später gezeigt.

Vorerst wollen wir der Frage nachgehen, worin diese kognitive von der behavioristischen Konzeption abweicht.

Nach dem behavioristischen Modell entwickeln sich Verhaltens- und Erlebensweisen aufgrund von äußeren Reizeinwirkungen. Dabei kann im Fortgang später ein anderer Reiz, der mit dem ursprünglichen Reiz verbunden war, stellvertretend als Auslöser wirksam werden. Viele unserer Aversionen, Befürchtungen haben sich über dieses Signallerennen fixiert. Das Verhalten wird also nach dieser Konzeption durch äußere Ereignisse, hier vorausgehende Stimuli, gesteuert (klassische Konditionierung).

Nach behavioristischer Sicht werden auch die komplexeren Verhaltensweisen durch äußere Ereignisse gesteuert und zugleich festgehalten, in erster Linie durch die nachfolgenden Bedingungen, durch die positiven Konsequenzen oder die Vermeidung negativer Konsequenzen.

Die Therapie besteht im behavioristischen Modell darin, die Situation durch Veränderungen der Reizgegebenheiten oder der Konsequenzen so zu verändern, daß die Auftretenswahrscheinlichkeit des neurotischen Verhaltens reduziert wird.

In der kognitiven Therapie geht man von der psychischen Verarbeitung der Situationen aus, bei der behavioristischen Theorie von der Änderung der Situationsgegebenheiten. Die kognitive Therapie geht von der Annahme aus, daß veränderte Kognitionen zu verändertem Verhalten führen; die behavioristische Therapie nimmt an, daß verändertes Verhalten eine Veränderung der Mentalität (Einstellung, Vorstellung, Erwartung) bewirkt.

In ihrem Diskussionsbeitrag zur rational-emotiven Therapie gehen Kleiber und Mitarbeiter auf die hier vorliegende Problematik ein (Beule, P., Eichhardt, B., Kleiber, D., Offe, S. und Baade, F.: 'Rational-emotive Therapie in Diskussion'. Mitteilungen der Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie 10, 1978, S. 559 - 583). Sie meinen, daß eine Einordnung der beiden Therapietechniken Schwierigkeiten mache, da das Indikationsproblem in bezug auf kognitive und verhaltensorientierte Therapieformen bis heute ungeklärt sei. Die dann folgenden Ausführungen deuten eine Klärung an:

"Wir diskutieren im folgenden die Hypothese, daß sich verhaltensorientierte und kognitive Therapien auf verschiedene Symptombereiche mit unterschiedlichem Erfolg anwenden lassen. Es scheint evident, daß eine kognitive Therapie wie die RET besonders dann effektiv sein dürfte, wenn die einem Verhalten zugrundeliegende Einstellung und Überzeugung für die Regulation dieses Verhaltens bedeutsam sind. Je mehr sich Einstellungen nur auf einen abgegrenzten Gegenstandsbereich beziehen, desto erfolgreicher dürfte in der Regel eine verhaltensorientierte Therapieform sein; zu diesem Bereich zählen Phobien, bei denen zumeist keine stark verallgemeinerten Überzeugungen im Sinne von Ellis' Lebensphilosophie vorliegen.

Der Erfolg einer Verhaltenstherapie liegt in diesem Fall darin, daß eine Einstellungsänderung gegenüber einem Gegenstand durch neue Erfahrungen mit dem Gegenstand erreicht wird. Dabei dürfte der Erfolg größer sein, je deutlicher ein Verhalten durch die Umwelt verstärkt wird, oder anders ausgedrückt, der Klient selbst einen Erfolg mit einem neuen Verhalten erlebt und der diesem Verhalten zuzuordnenden neuen Einstellung nicht durch bisherige Einstellungen entgegenge wirkt wird." (S. 561 f.)



Arbeits-, Kommunikations- und Sexualstörungen sind meist komplexerer Art. Um sie anzugehen, bedarf es einer genaueren Analyse der stützenden Bedingungen, einer Erkundung zielsetzender Neuorientierung, behindernder Widerstände institutioneller und interaktioneller Art und sich anbietender oder erst zu findender günstiger Standpunkte, Startzeiten und Aktionswege.

Die Ziele sind in den angeführten Bereichen kurzfristig und kurzwegig durch irgendeine Verstärkung zu erreichen. Ehe Verstärkungen möglich werden, muß die Ausgangslage des Betreffenden verändert und ein erfolgversprechender Stufenplan entwickelt werden. Die Stufen markieren den Abbau der irrationalen Einstellungen und den Erwerb einer rationalen Grundhaltung. Wir fragen uns, was Ellis unter Irrationalität und Rationalität versteht. Doch zuvor wollen wir die Rolle, die Überzeugungen in unserem Leben spielen, charakterisieren.

### 1. Die Funktion von Überzeugungen

Ellis geht davon aus, daß wir nicht in erster Linie durch passive Prozesse der Konditionierung, der Reaktionsverstärkung und durch das Lernen von anderen in emotionale Schwierigkeiten geraten, sondern zumeist aktiv unser eigenes Schicksal bestimmen. Wir tun dies über unsere grundlegenden Wertvorstellungen oder Überzeugungen. Wir interpretieren die Ereignisse in unserem Leben oder betrachten sie unter einem bestimmten Winkel und ziehen daraus die Konsequenzen für unser Handeln. Ellis erfaßt diesen Sachverhalt mit Hilfe der A-B-C-Theorie.

Am Anfang steht eine aktivierende Erfahrung oder ein aktivierendes Ereignis (A). Sie werden z. B. entlassen und sind arbeitslos. Der Punkt C weist auf die emotionalen verhaltensmäßigen Folgen, Konsequenzen hin. Sie reagieren auf die Ereignisse, die am Punkt A stattgefunden haben. Zorn und Entmutigung breiten sich aus. Sie sind wie

gelähmt, verbringen die meiste Zeit zuhause mit Grübeleien. Sie können sich nicht dazu aufraffen, eine neue Stelle zu suchen.

Sie sehen, wie die emotionale oder verhaltensmäßige Konsequenz (C) nahezu unmittelbar und direkt auf die aktivierende Erfahrung (A) folgt. Somit neigen Sie fälschlicherweise zu der Annahme, daß A die Wurzel von C sei. Sie kommen irrtümlicherweise zu Schlußfolgerungen: Ich habe meine Stelle verloren, und dieser Verlust hat mich deprimiert und dazu geführt, daß ich es vermeide, nach einer anderen Stelle zu suchen.

"Die Theorie der rational-emotiven Therapie besagt nun, daß diese Schlußfolgerung eigentlich nicht zwingend ist ... Denn das, was wirklich geschehen ist, beinhaltet zwar A (den Verlust des Jobs) und C die Folge des Verlustes oder die Deprivation oder die Frustration (nicht mehr das bekommen, was man haben wollte); dennoch folgt C nicht automatisch aus A, sondern aus B, Ihrer Überzeugung (engl. belief) im Hinblick auf A. Welche Überzeugung? Nun, die ziemlich einleuchtende Überzeugung: 'Ich möchte den Job, den ich hatte, und da ich ihn möchte, wollte ich ihn nicht verlieren; da ich ihn nicht verlieren wollte, sehe ich den Verlust als etwas Schlimmes an, als ein Unglück, als einen Schaden für mich'." (Ellis, A.: Klinisch-theoretische Grundlagen der rational-emotiven Therapie. In: Ellis, A. und Grieger, R., Hrsg. : Praxis der rational-emotiven Therapie, München 1979, S. 6)

Wir erkennen an diesem Beispiel, daß der Grad der Betroffenheit vom Verlust der Stelle abhängt, von dem Grad der Wertschätzung der Stelle und wie ich darüber hinaus den Verlust in seinen Folgen für mich einschätze. Ich kann etwas sehr hoch einschätzen und den Verlust bedauern, ohne daß ich in ein psychisches Dilemma gerate. Wenn ich aber den Verlust als Katastrophe, die mein Leben ruiniert, die mir keine Chance einer Rehabilitation läßt, auffasse, dann bahnt diese Überzeugung die schwere psychische Niederlage an.

Gelegentlich reagieren wir nicht erst bei einem aktivierenden Ereignis, sondern schon bei der Erwartung eines solchen Ereignisses. Wieder ist es nicht das Ereignis als solches (z. B. Verlust der Arbeits-

stelle), das zu schweren negativen Konsequenzen führt, sondern die Bewertung der Stelle und deren Verlust. Wenn wir den (tatsächlichen oder möglichen) Verlust als Katastrophe interpretieren, dann manövrieren wir uns selbst in eine Depression hinein.

In der Sprache der rational-emotiven Therapie formuliert ergibt sich: "Nicht A (ein aktivierendes Ereignis) ist die direkte Ursache von C (den Konsequenzen im Hinblick auf die Gefühle und das Verhalten), sondern B (die eigenen Überzeugungen im Hinblick auf A).

Weiter gilt: Wenn Sie einmal die Tatsache interpretiert haben, daß Ereignisse in der Außenwelt (einschließlich früherer Konditionierungsprozesse) zwar in bedeutendem Maße zu Ihren Gefühlen beitragen, sie aber eigentlich nicht verursachen, und daß Sie weitgehend fühlen, wie Sie denken, dann können Sie erstaunlich mehr Macht über Ihre eigenen Gefühle bekommen. Sie werden sie zwar kaum nach Belieben ändern können, aber Sie werden merklich besser in der Lage sein, Ihre Gefühle von Entscheidungen abhängig zu machen. Wenn Sie wollen, können Sie beschließen, sich angemessenen Gefühlen, wie Kummer, Bedauern, Frustration, Ärger und Gereiztheit hinzugeben; Sie können sich andererseits sehr häufig weigern, sich von unangemessenen Gefühlen, wie Angst, Depressionen, Feindseligkeit und Selbsterniedrigung überwältigen zu lassen." (Ellis, S. 7 f.)

Wie dies im einzelnen geschehen kann, wird noch erörtert. Ellis zeigt, daß die Kette A-B-C mit Hilfe von D (einem Disput) und E (einem therapeutischen Effekt in Form einer neuen Lebensphilosophie) zu Ende geführt werden kann.

## 2. Der Sog der irrationalen Überzeugung

Irrationale Überzeugungen sind nach Ellis Meinungen, die im Widerspruch zu lebenspraktischen Erfahrungen stehen. Es sind zumeist vorzeitig verallgemeinerte rigorose Schlußfolgerungen und Erwartungen. Jemand kommt nach einigen vergeblichen Versuchen, eine neue Arbeitsstelle zu finden, zu dem Ergebnis: Ich werde nie wieder einen Arbeitsplatz finden. Zugleich redet er sich ein, daß er das Leben nicht mehr aushalten kann, daß ihm ein Weiterleben zu große Schwierigkeiten bereite. Diese Schlußfolgerungen sind selbstschädigend, da sie dem Betreffenden zum Aufgeben 'zwingen'. Die Schlußfolgerungen werden durch eine vorausgehende irrationale Überzeugung vorprogrammiert: Wenn ich nicht schnell eine andere Stelle bekomme, dann bekomme ich nie mehr eine, und das würde für mich ein großes Unglück, eine Katastrophe sein. Diese Überzeugung gründet in einer zwanghaften Mußeinstellung: Ich muß sofort bekommen, was ich gerne haben möchte, wenn ich es nicht sofort erreiche, geht alles schief.

Um seinen irrationalen Überzeugungen auf die Spur zu kommen, sollte man sich folgende Fragen stellen:

- Was erwarte ich so dringlich bei anderen und mir?
- Was irritiert oder stört mich besonders stark bei anderen und mir?
- Was verurteile ich hart bei anderen und mir?
- Was empfinde ich im Leben als Niederlage und Katastrophe?

Die meisten emotionalen Störungen gehen darauf zurück, daß die betreffenden Personen etwas absolut fordern und daß sie es als Katastrophe empfinden, wenn diese Forderungen nicht erfüllt werden.

Die wichtigsten absolutistischen Mußeinstellungen oder irrationalen Überzeugungen lassen sich in drei Gruppen auflisten (Ellis, S. 12 ff.):

- 1) Ich muß meine Sache gut machen, und ich muß für meine Leistungen Anerkennung erhalten, sonst gelte ich als wertloses Subjekt. Zu dieser Ideologie gehören meistens noch folgende Gedanken:

- (1) Ich muß von allen Personen, die mir etwas bedeuten, beachtet, anerkannt und geschätzt werden.
  - (2) Ich muß mich bei allem, was ich tue, als erfolgreich erweisen.
  - (3) Meine Gefühlsprobleme sind fast ausschließlich auf belastende äußere Umstände zurückzuführen, die ich kaum oder wenig ändern kann.
  - (4) Wenn sich Dinge ereignen, die mir Schwierigkeiten machen oder mich bedrohen, muß ich meine Gedanken ausschließlich auf diese Ereignisse konzentrieren.
  - (5) Mein vergangenes Leben hat mich stark beeinflusst und zu dem gemacht, der ich heute bin. Es hat auch weiterhin diesen bestimmenden Einfluß. Ich kann mich nicht ändern.
  - (6) Ich brauche unter allen Umständen andere, auf die ich mich verlassen und auf die ich mich stützen kann.
  - (7) Die Ansichten von Experten und Autoritäten in Wissenschaft und Gesellschaft sind immer richtig und maßgebend. Ich habe kein Recht, sie in Frage zu stellen.
- 2) Andere müssen mich rücksichtsvoll und freundlich behandeln, genauso, wie ich von ihnen behandelt werden möchte. Wenn sie es nicht tun, dann sind sie schlecht und müssen verurteilt werden.
- (8) Die anderen müssen mich jederzeit auf eine faire und gerechte Art behandeln.
  - (9) Die Menschen müssen, um ein glückliches und sinnvolles Leben zu führen, ihre Fähigkeiten voll ausschöpfen.
- 3) Meine Lebensbedingungen müssen so beschaffen sein, daß ich praktisch alles, was ich will, schnell und ohne Mühe bekommen kann und daß ich praktisch mit nichts konfrontiert werde, was ich nicht will.
- (10) Die Dinge müssen so laufen, wie ich es gerne haben möchte.



- (11) Mit Schwierigkeiten im Leben werden wir am besten fertig, wenn wir ihnen aus dem Wege gehen.
- (12) Über Menschen, die mir Schwierigkeiten machen, muß ich mich dauernd erregen und mich mit ihnen auseinandersetzen. So gelingt es mir, sie unter Kontrolle zu bringen und zu ändern.
- (13) Ich muß Erfolg gleich sehen. Ich kann nicht Mühen auf mich nehmen, um erst später etwas davon zu haben.
- (14) Es hat gar keinen Zweck, gegen Behinderungen und Schwierigkeiten, die sich durch Einflüsse aus meiner Vergangenheit oder Umgebung verfestigt haben, anzugehen.
- (15) Ich muß für meine Probleme und die Probleme anderer eine immer richtige und perfekte Lösung finden.
- (16) An meinem Unglück sind die Umwelteinflüsse und die anderen Leute schuld.
- (17) Ich halte Belastungen nicht aus, die mit Angst, depressiver Verstimmung, Schuld, Scham oder sonstigen Gefühlsbeeinträchtigungen verbunden sind. Wenn ich durchdrehen würde, käme ich in eine Nervenklinik, das könnte ich nicht ertragen; ich würde unter Umständen meinem Leben ein Ende setzen.

In der Psychotherapie begegnen uns gehäuft noch einige irrationale Überzeugungen, die ich kurz anführen möchte:

- (18) Mein Leiden und meine Schwierigkeiten bestehen schon viele Jahre. Die Therapie wird deshalb sehr lange dauern.
- (19) Ich gehe zu X in die Therapie, weil ich weiß, daß mich diese(r) Therapeutin (Therapeut) heilen kann.
- (20) Ohne Medikamente kann ich nicht leben; sie helfen mir, daß ich überhaupt noch im Leben einigermaßen zurechtkomme.

Neben diesen angeführten irrationalen Überzeugungen gibt es sicher noch viele andere. Sie lassen sich aber thematisch mehr oder weniger in den Katalog einordnen und angliedern.

Wir wollen noch einmal kurz die wesentlichen Merkmale der irrationalen Überzeugungen anführen:

- Es sind fixe Lebensanschauungen und Verhaltensmaximen mit eingengtem, jedoch starkem Aufforderungs- und Erwartungscharakter.
- Es sind unrealistische, zur Lebenspraxis unstimlige Vorstellungen, Erwartungen, Verhaltensanweisungen und Forderungen.
- Viele Formen irrationalen Denkens bestehen - wie an anderer Stelle schon angedeutet - aus unsinnigen und überzogenen Generalisierungen. So fangen manche mit einer vernünftigen Beobachtung an: 'Ich habe die Prüfung nicht bestanden' und treffen dann die überzogene Verallgemeinerung: 'Ich werde immer bei Prüfungen versagen; ich habe nicht die Fähigkeit, sie erfolgreich zu bestehen.'
- Die irrationalen Überzeugungen finden sich nicht nur bei unwissenden, ungebildeten oder bereits gestörten Personen, sondern auch bei sehr intelligenten, gebildeten und relativ normalen Personen.
- Menschen mit solchen irrationalen Überzeugungen und unerfüllbaren Erwartungen produzieren geradezu mit ihnen Fehlschläge, Enttäuschungen und Niederlagen. Irrationale Überzeugungen sind also selbstschädigend.
- Irrationale Überzeugungen wirken wie starke Gewohnheiten gleichsam impulsiv und automatisch. Sie werden im allgemeinen - trotz ihrer negativen Auswirkungen - nicht in ihrer A-B-C-Dynamik durchschaut, vor allem auch deshalb nicht, weil neurotische Menschen zu extrapunitiven Schuldzuschreibungen und zu externer Kontrollüberzeugung neigen.
- Irrationale Überzeugungen haben - weil sie nicht aus Erfahrungen abgeleitet sind - die Tendenz, sich der korrigierenden Erfahrung zu entziehen. Sie blockieren damit das Lernen, im besonderen das problemlösende und entdeckende Lernen und die Selbsteinsicht.

- Die Einsicht in die Irrationalität des eigenen Verhaltens und die Kenntnis, was zu tun wäre, helfen uns nur teilweise oder überhaupt nicht, das Verhalten zu ändern. Zwischen Einsicht und Verhalten besteht kein kausaler Zusammenhang, weil Einsichten und Verhaltensweisen oft durch jeweils andersartige Prozeßvariablen aufgebaut und unterstützt werden.

Ich werde im folgenden noch auf zwei weitere Kriterien hinweisen, doch zunächst ist noch eine grundsätzliche Bemerkung einzufügen:

Die irrationalen Überzeugungen haben, ähnlich wie die Fiktionen, in der Wirklichkeit kein Gegenstück. Während aber die Fiktionen uns im allgemeinen für die Bewältigung der Wirklichkeit dienlich sind als Hilfskonstruktionen, wie z. B. die Fiktion, daß alle Menschen gleich sind und damit gleiche Rechte haben, sogar förderliche sozial-ethische Programme stützen, manövrieren uns die irrationalen Überzeugungen in wiederkehrende gleichartige Schwierigkeiten. Man könnte denken, daß der so entstehende Leidensdruck das betreffende Individuum zur Revision seines Denk- und Verhaltensschemas bewegen würde. Dies ist aber nur selten der Fall. Zum Teil liegt dies daran, daß der Betreffende geradezu eine schicksalshafte Leidensideologie (mit der irrationalen Überzeugung, daß er zum Leiden berufen oder gemacht sei) ausgearbeitet hat, zum Teil hat er aber auch im Rückzug von früher bestandenen Sozialkontakten die commonsense-Intelligenz ab- und die irrationale 'private Intelligenz' aufgebaut. Was das heißt, hat Alfred Adler in seiner Schrift 'Wozu leben wir' (Frkf. 1979, S. 17) anschaulich demonstriert: "Von der Leiterin einer kleinen religiösen Sekte wird eine Anekdote berichtet: Sie rief eines Tages ihre Getreuen zusammen und teilte ihnen mit, daß das Weltende am nächsten Mittwoch fällig sei. Ihre Gläubigen waren sehr beeindruckt, verkauften ihre Besitztümer, wandten sich von allen weltlichen Geschäften ab und warteten erregt auf den angekündigten Schicksalsschlag. Der Mittwoch verstrich ohne besondere Vorkommnisse. Am Donnerstag beriefen sie eine Versammlung ein, um eine Erklärung zu verlangen. 'Sieh, in welchen Schwierigkeiten wir sind', sagten sie. 'Wir haben alle Sicherungen hinter uns gelassen. Jedem, den wir trafen, sagten wir, daß am Mittwoch die

Welt untergehen werde, und wenn sie uns auslachten, ließen wir uns nicht beirren, sondern wiederholten, daß wir es von einer unfehlbaren Autorität wüßten. Der Mittwoch ist vorbei und die Welt steht immer noch hier um uns herum'. 'Aber mein Mittwoch', 'sagte die Prophetin, 'ist nicht euer Mittwoch'. So durch einen privaten Sinn sicherte sie sich gegen Vorwürfe. Ein privater Sinn kann niemals auf die Probe gestellt werden."

Damit haben wir noch ein weiteres 9. Kriterium für irrationale Überzeugungen herausgestellt: Irrationale Überzeugungen sind privater Natur; sie ermangeln der allgemeinen Bedeutsamkeit und Verbindlichkeit.

Das jetzt herauszustellende 10. Kriterium weist in besonderer Weise auf den dynamischen Komplexitätscharakter irrationaler Überzeugungen hin. Alle selbstschädigenden Gedanken haben nicht nur eine Tendenz zur Reproduktion (Wiederkehr in gleiche Situationen), sondern auch eine Tendenz zur Filiation (zur Bildung von Ablegern, also Einbeziehung weiterer, zum Teil andersartiger Situationen) und zur Irradiation (zur Ausbreitung auf andere, zum Teil zentrale psychische Bereiche): Ich habe die Prüfung nicht bestanden - Ich werde andere Prüfungen auch nicht bestehen. - Ich habe einfach nicht die Fähigkeit, Prüfungen zu bestehen - Ich bin ein Versager. ...

### 3. Die Klärung durch Disput

Der Klient erkennt bald, daß seinem Erleben (z. B. Wahrnehmen und Fühlen) und seinem Verhalten (z. B. Rückzugs- und Aggressionsverhalten) bestimmte ungerechtfertigte und unangemessene Gedanken und Schlußfolgerungen zugrunde liegen. Es kommt jetzt darauf an, diese irrationalen Überzeugungen präziser zu fassen und zu durchschauen. Ellis empfiehlt, den Klienten drei Fragen nahezulegen: Welche Be-

weise gibt es für die Überzeugungen? Was ist an ihnen wahr, was falsch? Wodurch ist diese Überzeugung falsch?

Im Debattieren, einem innerlichen Streitgespräch mit sich selbst, stellt der Klient die rationalen und irrationalen Überzeugungen einander gegenüber. Ziel des Debattierens ist es, die irrationalen Überzeugungen zu zerstören oder zumindest auf ein Minimum zu reduzieren. Aus den einleitenden Vorerörterungen mit dem Therapeuten weiß der Klient, daß ein Fehlverhalten oder eine negative emotionale Konsequenz (C) auf irgendeine aktivierende Erfahrung oder ein aktivierendes Ereignis (A) hin mit höchster Wahrscheinlichkeit durch irgendeine Überzeugung (B) bewirkt wird, die irrationale Elemente enthält und deshalb eine irrationale Überzeugung (i B) ist. Jede Annahme, die auf wackligen Beinen steht, besonders diejenige, die zu schlechten Resultaten führt, nimmt sich der Klient vor. Er ficht sie solange aktiv und mit Nachdruck an, bis sie aufgegeben oder zumindest angeschlagen worden ist.

Beim Diskriminieren soll sich der Klient über seine Wünsche und Bedürfnisse, über das, was er gern haben möchte und was er fordert oder meint, haben zu müssen, klar werden und diese abheben von seinen rationalen und irrationalen Gedanken. Es sollen also hier sowohl die positiven als auch die negativen Aspekte des Verhaltens sichtbar gemacht werden. Wichtig ist, daß der Klient folgende Unterschiede klar erkennt:

- zwischen unerwünschten und 'unerträglichen' Resultaten,
- zwischen Scherereien und 'Katastrophen',
- zwischen logischen und ungerechtfertigten Schlußfolgerungen in seinem Leben.

Dabei wird der Klient noch andere Unstimmigkeiten und Widersprüchlichkeiten in seinem Denken und Handeln erkennen, während er mit sich selbst die irrationalen Überzeugungen im Disputieren - am Punkt D des rational-emotiven Prozesses - aufspürt.



Ein dritter Aspekt des Disputierens ist der Akt des Definierens. Es werden Sätze gebildet, anhand derer der Klient seine fatale Neigung zur Übergeneralisierung erkennt. Seine Definitionen von Situationen, Ereignissen und Erwartungen sind nicht differenziert und auf tatsächlich vorfindbare äußere Lagen und innere Befindlichkeiten begrenzt, sondern selbstschädigend ausgeweitet, d. h. verallgemeinert. Der Klient ist z. B. beeindruckt und redet sich dann eine irrationale Überzeugung ein:

- Ich mache wie bei der letzten Prüfung immer wieder Fehler; ich werde nie in der Lage sein, eine Prüfung zu bestehen.
- Jetzt, nachdem ich die Prüfung nicht bestanden habe und deprimiert bin, kann ich nicht aufhören, so zu fühlen. Ich werde wahrscheinlich immer in dieser depressiven Verfassung steckenbleiben.
- Nachdem ich jetzt schon die zweite Prüfung nicht bestanden habe und auch sonst in meinem Leben immer wieder alles schiefgeht, glaube ich, daß ich ein Versager bin.

In der rational-emotiven Therapie lernt der Klient, daß er, wenn er einmal Fehler gemacht hat, er diese in Zukunft nicht wiederholen muß; daß er, wenn er jetzt so deprimiert ist, sich von dieser Niedergeschlagenheit befreien und in Zukunft anders fühlen kann; daß man - auch wenn bisher im Leben vieles schiefgelaufen ist - noch lange kein Versager ist, schon gar nicht ein solcher bleiben muß.

Das rational-emotive Disputieren führt zum Aufspüren irrationaler Überzeugungen und zum Debattieren dieser Überzeugungen und damit zur kognitiven Umstrukturierung: zur Unterscheidung zwischen logischem und unlogischem Denken und zum semantischen Definieren und Neudefinieren, das dem Klienten hilft, mit dem Übermäßigen Verallgemeinern aufzuhören und sich enger an die Realität zu halten.

Ellis erläutert die Zusammenhänge in der Sprache der rational-emotiven Therapie am Beispiel eines Klienten, der seinen Arbeitsplatz verlor. Die Ausführungen, die Ellis über seinen Klienten macht, sind ziemlich unrealistisch, da die real existierenden Arbeitsplatzchancen unbeachtet bleiben. Es scheint mir angemessen, hier eher ein Beispiel über Prüfungsversagen anzuführen, wobei wir an eine Prüfung denken, die im Hinblick auf die objektiven Bedingungen und Zusammenhänge von existentiell geringerem Gewicht ist:

- |    |                              |   |                                                                                                                                                                                      |
|----|------------------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A  | (aktivierende Erfahrung)     | : | Durchfall in einer Prüfung.                                                                                                                                                          |
| B  | (rationale Überzeugung)      | : | Ich habe Pech gehabt. Ich habe mich doch nicht genug vorbereitet.                                                                                                                    |
| C  | (angemessene Konsequenz)     | : | Gefühle der Enttäuschung, fester Entschluß, das Verhalten in Zukunft zu ändern, sich also gründlicher vorzubereiten, Ärger über sich selbst.                                         |
| IB | (irrationale Überzeugung)    | : | Wie entsetzlich, daß ich mich so dumm verhalten habe. Ich hätte mich doch gründlicher vorbereiten sollen. Ich kann den Leichtsinn nicht verschmerzen. Ich bin und bleibe eine Niete. |
| IC | (unangemessene Konsequenzen) | : | Depression, Verzweiflung, Scham- und schwere Minderwertigkeitsgefühle. Untätigkeit und wenig Neigung, sie zu überwinden und sich auf eine Wiederholung der Prüfung vorzubereiten.    |

Wir sollten jetzt den rationalen Disput im einzelnen verfolgen.  
Er könnte etwa so verlaufen:

- 1) Angenommen, daß ich mich wirklich dumm verhalten habe und ich die Prüfung nicht bestanden habe, wie kann ich beweisen, daß ich mich entsetzlich dumm verhalten habe? Antwort: Ich kann es nicht. Auch wenn ich Fehler gemacht, Fragen nicht beantwortet habe, so war ich deshalb noch nicht entsetzlich dumm. Entsetzlich dumm würde bedeuten, daß ich alles falsch gemacht habe und keine Frage beantwortet hätte. Entsetzlich dumm heißt doch wohl, daß man sich dümmer nicht verhalten könnte. Das erscheint aber höchst unwahrscheinlich, denn:
- Ich habe ja einiges gewußt.
  - Ich könnte ja das nächste Mal besser abschneiden, besonders dann, wenn ich etwas mehr Zeit für die Vorbereitung der Prüfung investiere.
  - Ich bin doch kein Versager; denn ich habe ja bisher einiges gut, manches sogar sehr gut geleistet.
- 2) Wenn ich die Überzeugung aufrechterhalte, ich könnte mein falsches Verhalten nicht ertragen oder erdulden, dann läßt sich diese Feststellung wiederum anfechten, indem ich mich am Punkt D frage: In welcher Hinsicht kann ich es nicht ertragen? Wo sind die Beweise, daß ich es nicht ertragen kann? Wieso kann ich es nicht? Wenn ich mir diese Frage stelle, so komme ich zu dem Ergebnis, daß ich offenbar mein Verhalten ertragen kann, auch wenn ich es nicht mag. Ich ertrage es ja zur Zeit. Also ist meine Behauptung, ich könnte es nicht ertragen, unsinnig. Ich kann sicher noch vieles mehr ertragen.
- 3) Ich hätte mich für die Prüfung besser vorbereiten sollen, dann hätte ich evtl. die Prüfung bestanden, und ich wäre nicht so gefühlsmäßig durcheinander geraten. "Emotionale Probleme hängen selten damit zusammen, daß man etwas wünscht, begehrt, vorzieht oder möchte. Egal, was Sie sich wünschen, sogar, wenn Sie den Mond vom Himmel herunterholen möchten, Sie kommen am Ende nur zu dem Schluß: 'Es scheint so, als ob ich nicht das bekäme, was ich gerne möchte, und vielleicht werde ich es nie bekommen. Wirklich zu schade. Ich muß wohl darauf verzichten, jetzt und womöglich lebenslang. Warum muß ich es auch bekom-

men?' Sobald Sie aber aus Ihrem Wünschen ein Fordern, Befehlen und Absolut-auf-etwas-bestehen machen, dann ändert sich die Sache. Wenn Sie nicht das kriegen, was Sie lieber hätten, dann ist das hart, aber zu verkraften. Aber wenn Sie nicht das bekommen, was Sie absolut brauchen (oder - um genauer zu sein - was Sie Ihrer Meinung nach brauchen), wie können Sie dann anders als zu dem Schluß kommen: 'Wie entsetzlich! Ich halte es nicht aus! Ich werde nie wieder in meinem Leben richtig glücklich werden!' ... Wenn Sie sich nicht auf so dogmatische und selbst verurteilende Art und Weise dieses unberechtigte, totalitäre ... Sollen und Müssen einreden würden und wenn Sie nicht befehlen würden, daß andere Menschen und Dinge in der Welt sich ebenfalls danach zu richten haben, dann würden Sie sich ... nur selten emotionale Probleme schaffen." (Ellis, S. 28 f.)

- 4) Die letzte irrationale Überzeugung (IB) über sich selbst hört sich ungefähr so an: Weil ich die Prüfung nicht bestanden habe, weil ich mich nicht genügend auf sie vorbereitet habe, muß ich mich selbst als Versager betrachten, der immer so dumm handeln wird und nichts Gutes im Leben verdient!

Inwiefern muß ich mich so verurteilen? Wenn ich in einer Prüfung versagt habe, dann ist dies noch lange kein zureichender Grund für ein solch selbstschädigendes Pauschalurteil. Ich könnte ja bei der nächsten Prüfung Erfolg haben.

"Dadurch, daß Sie Ihre irrationalen Überzeugungen (IBs), die Ihnen emotionale Probleme schaffen, am Punkt D im A-B-C-D-E-Prozeß der rational-emotiven Therapie anfechten, sind Sie schließlich in der Lage, diese Überzeugungen aufzugeben und werden letzten Endes, wenn Sie häufig genug auf diese Weise vorgehen, kaum jemals wieder in sie zurückfallen." (Ellis, S. 33)

Zusammengefaßt läßt sich die Ellis'sche Formel wie folgt in allgemeiner Form darstellen:

- A bezieht sich auf ein objektives empirisches Ereignis (z. B. bei einer Prüfung durchzufallen).
- B steht für die Selbstaussagen, die dem Denken an dieses Ereignis folgen (z. B.: Das ist schrecklich; ich werde den erhofften Beruf nicht ausüben können).
- C Es bilden sich durch diese Selbstaussagen negative Gefühle (Unsicherheits-, Minderwertigkeits- bis Verzweiflungsgefühle).
- D Durch therapeutischen Beistand werden die B-Reaktionen kritisch auf ihre Angemessenheit und Berechtigung hin geprüft. Der Klient wird zur Neubewertung angeregt.
- E Hier wird der zu erreichende Umstrukturierungsprozeß in seinen fünf Etappen dem Klienten verdeutlicht. Zweckmäßig ist es, wenn der Klient eine Gedächtnisformel verwendet. Ich benutze dazu den Ausdruck EUBIS. Jeder Buchstabe repräsentiert einen Bestandteil des kognitiven Verhaltens:
  - E = Erkenne die bedrückenden Gefühle (Angst, Unsicherheit, Ärger).
  - U = Unterscheide die dabei auftretenden Gedanken, Vorstellungen und Selbstgespräche.
  - B = Bewerte die Berechtigung und Angemessenheit der Gedanken, Vorstellungen und Selbstgespräche.
  - I = Imaginiere Alternativen mit weiterführendem Inhalt.
  - S = Selbstlob. Sage zu Dir, daß Du diese Folge gut durchgeführt hast.

Allem Anschein nach spielen symbolische Ereignisse bei Erlebens- und Verhaltensstörungen eine große Rolle. Gedanken und bildhafte Vorstellungen können fehlangepaßte Verhaltensmuster erzeugen und aufrechterhalten. Besonders beeinträchtigend wirken negative Selbstaussagen; sie machen den Klienten unsicher, unbeholfen und hilflos.



#### 4. Die Bezugspunkte der Interpretation

Ehe wir das Endergebnis der rational-emotiven Therapie - den therapeutischen Effekt (E) in Form einer neuen Philosophie - erörtern, wollen wir die Eigenart der in dieser Therapie angewandten Interpretationen, vor allem auch ihre Begrenzung, diskutieren. Der Therapeut interpretiert nach Ellis die Verbalisierungen und Verhaltensweisen des Klienten so, daß dieser zu einem weitaus besseren Verständnis seines Denkens und Handelns gelangt und seine Einsicht in das eigene Verhalten (und auch das der anderen) dahingehend nutzt, um die Aspekte seiner Lebensführung grundlegend zu ändern.

Zunächst wollen wir aufzählen, welche Interpretationen in der rational-emotiven Therapie keine (besondere) Rolle spielen:

- 1) Der rational-emotive Therapeut hält sich nicht bei angenommenen Verbindungen zwischen den frühen Lebenserfahrungen des Klienten und seinen gegenwärtigen psychischen Störungen auf. Er ist überzeugt, daß nicht die vergangenen Erfahrungen einen Menschen schädigen, sondern die unrealistischen und übermäßig fordernden Interpretationen dieser Erfahrungen. Der Therapeut befaßt sich konsequent mit den Interpretationen der Reaktionen des Klienten auf seine eigenen Lebenserfahrungen.
- 2) Der rational-emotive Therapeut befaßt sich auch nicht mit dem sog. unbewußten und verdrängten Material. Viele Zusammenhänge blieben dem Klienten bisher unbekannt. Der Therapeut macht den Klienten jedoch bei der Konfrontation mit seinen Problemen, mit den Zusammenhängen von Überzeugung und Verhalten bekannt. Diese Zusammenhänge kann der Klient verstehen und erlebend nachvollziehen bzw. erproben und bestätigen.
- 3) Der rational-emotive Therapeut befaßt sich auch nicht besonders mit der sog. Übertragungsbeziehung. Er ist davon überzeugt, daß die Beziehungen des Klienten zu anderen Menschen weitaus wichtiger sind als seine Beziehung zum Therapeuten. Statt Einstel-

lungen gegenüber dem Klienten zu analysieren, interpretiert der Therapeut die allgemeinen Gedanken, mit der sich der Klient seine Überzeugungsreaktion schafft. Er weist den Klienten auf die irrationale Überzeugung hin, durch die dieser der Anerkennung vom Therapeuten dringend zu bedürfen scheint.

- 4) Der rational-emotive Therapeut befaßt sich im allgemeinen auch nicht mit den Träumen des Klienten, weil er der Auffassung ist, daß Träume in der Regel keine wichtigen Aspekte der Gedanken und Wünsche des Klienten enthalten. Er konzentriert sich auf die Gedanken und Verhaltensweisen, die im gegenwärtigen Wachzustand des Klienten anzutreffen sind. Auf diese Weise erhält er zutreffendes und reichhaltiges Material für den Fortgang der Therapie.
- 5) Der rational-emotive Therapeut ignoriert vieles, was andere Therapeuten besonders beachten, so z. B. Gesten, Körperhaltungen und eine Reihe von Verhaltensweisen. Er greift nur solche Äußerungsweisen auf, denen er besondere therapeutische Bedeutung zumißt. Damit ist nicht gesagt, daß er die anderen Äußerungsweisen des Klienten für unbedeutend hält; "aber er nimmt sich einige von ihnen heraus, denen er mehr Bedeutung zuschreibt, und zieht es vor, seine therapeutischen Bemühungen im Interesse der Effizienz auf diese wichtigeren Bereiche zu konzentrieren." (Ellis, S. 187 f.)

Worauf legt der rational-emotive Therapeut besonderen Wert und was tut er im Zusammenhang mit dem Interpretieren?

Bei allen Fehlverhaltensweisen und störenden Erlebnisweisen führt der Therapeut den Klienten zu der Erkenntnis der damit verbundenen Gedanken, Überzeugungen und Wertungen.

Der Therapeut macht dem Klienten klar, daß er in absoluten Begriffen denkt, daß er ein Blindgänger, ein Moralist, ein Perfektionist oder ein Dogmatiker sei; daß er nur davon loskommen wird, wenn er die Realität, eine gewisse Unsicherheit, akzeptiert und eine tolerante Haltung einnimmt.

Der Therapeut macht dem Klienten auch klar, daß 'schwierig' nicht dasselbe bedeutet wie 'unmöglich'; daß er sich ändern kann, wenn er genügend Anstrengung und Übung aufbringt.

Der Therapeut verhilft dem Klienten nicht nur dazu, seine irrationalen Überzeugungen anzuzweifeln und anzugehen, sondern er erteilt dem Klienten auch Handlungsanweisungen für sein Verhalten in seiner realen Umwelt.

Durch das Umsetzen von Einsicht in entsprechendes Verhalten kann der Klient über ein positives Feedback von anderen die rational-emotive Therapie gleichsam auf die Probe stellen und so eine Verstärkung seiner angebahnten Veränderung erreichen.

Die Interpretationen im Rahmen der rational-emotiven Therapie werden zumeist in einer direkten Form gegeben.

Für die Arbeit mit den Interpretationen bedarf es vorher nicht des Aufbaus einer besonders guten Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Mit dieser Arbeit kann schon in der ersten Sitzung begonnen werden.

Für den Erfolg der Therapie bedarf es nicht der warmen und liebevollen Zuwendung, wohl aber der unbedingten positiven Wertschätzung von seiten des Therapeuten.

Da der Therapeut nicht den Klienten selber, sondern seine Gefühle und Gedanken attackiert, muß er auch nicht sorgfältig auf den Zeitpunkt der Interpretation, etwa auf eine besondere Bereitschaft des Klienten, achten.

In vielen Fällen kleidet der Therapeut seine Interpretationen in die Form von Fragen ein, statt Erklärungen zu geben. Er will damit den Klienten anleiten, sich selbst und sein Denken in Frage zu stellen.

Häufig wird ein und dieselbe Interpretation mehrfach gegeben. Dadurch wird ihr mehr Nachdruck verliehen, und der Klient wird sich die Interpretation vertiefter und umfassender zu eigen machen.

## 5. Die Chancen der Vernünftigkeit

Am Ende des rational-emotiven Prozesses steht der therapeutische Effekt (E). Der Klient hat seine selbstschädigenden Gedanken abgebaut, eine rational-emotive Sicherheit und Zuversicht gewonnen.

Der eigentliche Gradmesser der Rationalität ist die Tätigkeit der Reflexion, d. h. die Fähigkeit, die eigenen Gedanken wieder zum Gegenstand des Denkens zu machen. Die Fähigkeit zur Reflexion ist in der menschlichen Struktur angelegt; sie bedarf zu ihrer Entwicklung allerdings der Anregung und Anleitung. Im therapeutischen Prozeß lernt der Klient, seine Gedanken auf ihre Angemessenheit zu prüfen und in ihrer Auswirkung auf die emotionale Befindlichkeit zu beachten. Mit dem Einsatz von Reflexion erhöhen wir auch unsere Frustrationstoleranz. Wir lernen, aktuelle Unpäßlichkeiten zu ertragen und auf unmittelbare Bedürfniserfüllung zu verzichten.

Zur Rationalität gehört auch die Kenntnisaufnahme von Informationen, die Aneignung von Wissen. Wichtig scheint dabei nicht die Masse des Wissens zu sein, sondern die Aneignung und Verwertung des für eine produktive Lebensführung wichtigen relevanten Wissens.

Mit der Pflege der Wahrnehmungsfähigkeit gewinnt der Klient eine Sensibilität für die kognitiv-emotionalen Wechselwirkungen in komplexen und konfliktbeladenen Situationen.

Rationales Handeln ist zielgerichtetes Handeln. Es dient der Verbesserung des Lebens, des Erlebens und Handelns. Ein solches Handeln ist damit zugleich ein nutzbringendes Handeln.

Im rationalen Handeln werden wir dazu veranlaßt, bewußt Alternativen für Ziele und Mittel zu suchen.

Rationales Handeln ist im Hinblick auf Ziele, Mittel und Wege transparentes Handeln.

Zusammenfassend gesehen ist rationales Handeln ein regelgesteuertes abwägendes und kalkulierendes flexibles Verhalten.

## 6. Die Bedeutung der Selbstbejahung

Die Selbsteinschätzung des Menschen hat Konsequenzen für sein Erleben und Verhalten, für seine Lebensführung. Wer sich selbst negativ einschätzt, provoziert dadurch psychische Probleme und Störungen.

Die Lernbereitschaft und Leistungsfähigkeit werden beeinträchtigt, weil sich der Betreffende wenig oder nichts zutraut, nicht an einen erfolgreichen Abschluß einer Tätigkeit glaubt.

Der sich selbst negativ beurteilende Mensch neigt dazu, sich zurückzuziehen und in die Phantasie zu flüchten.

Sein Minderwertigkeitsgefühl kann er durch Macht- und Geltungsstreben zu kompensieren versuchen.

Die Wahrnehmung des eigenen Wertes wirkt sich auf Gedanken, Gefühle, Handlungen und soziale Beziehungen aus.

Es ist wichtig, daß man den Unterschied von Selbstbejahung und Selbstachtung kennt. Die Selbstbejahung oder Selbstakzeptierung ist die fundamentalere Einstellung. Man bejaht sich, weil man das Leben schätzt und am sozialen Leben gern teilnimmt. Die Selbstbejahung stützt sich nicht auf bestehende herausragende Fähigkeiten und auf die Beachtung und Anerkennung durch andere. Anders ist dies bei der Selbstachtung. Man schätzt sich hier, weil man intelligent ist, sich kompetent verhält und dies von anderen beachtet und anerkannt wird. Bei dem Streben nach Selbstachtung machen wir uns teilweise von unseren Erfolgen und von den anderen abhängig.

Ellis vertritt die Auffassung, daß der Mensch sich der Selbstbewertung möglichst enthalten sollte, dagegen aber viele seiner Eigenschaften und Tätigkeiten bewerten sollte.

Von den 14 Argumenten, die Ellis anführt, möchte ich nur die ersten fünf zitieren:



- "1. Sowohl die positive als auch die negative Selbstbewertung sind ineffektiv und stehen der Lösung von Problemen ernstlich im Wege. Wenn sich jemand wegen seiner Leistungen erhöht oder erniedrigt, dann neigt er dazu, mehr selbst- als problemzentriert zu sein und die Leistungen werden darunter wahrscheinlich leiden. Außerdem hat die Selbstbewertung in der Regel eine sehr prüferische Note und absorbiert einen enormen Aufwand an Zeit und Energie. Auf diese Weise kann jemand vielleicht seine 'Seele' kultivieren, aber wohl kaum seinen Garten.
2. Die Selbsteinschätzung funktioniert dann gut, wenn jemand viele Talente und wenig Schwachpunkte besitzt; aber statistisch ausgedrückt gibt es nur wenige, die in diese Klasse fallen. Die Selbsteinschätzung führt auch oft zu der Forderung, auf allen Gebieten kompetent zu sein, aber es gibt wiederum nur wenige, die mit einer solchen Forderung mithalten können.
3. Die Einschätzung der eigenen Person bewirkt fast unvermeidlich, daß man andere besser oder schlechter macht. Wenn sich jemand als 'guten Menschen' bewertet, dann wird er gewöhnlich andere als 'schlecht' oder 'weniger gut' einschätzen. Wenn er sich also 'schlecht' sieht, werden andere in seinen Augen 'weniger schlecht' oder 'gut' sein. Auf diese Weise bringt er sich praktisch dazu, mit den anderen, was 'gut' und 'schlecht' anbelangt, zu wetteifern und empfindet ständig Neid, Eifersucht oder Überlegenheit. Aus einer solchen Art des Denkens und Fühlens können leicht individuelle Konflikte oder Konflikte zwischen Gruppen und Nationen entstehen; Liebe, Kooperativität und andere Formen mitmenschlicher Verbundenheit werden auf ein Minimum eingeschränkt ...
4. Die Selbstbewertung führt zu stärkerer Befangenheit und birgt deshalb die Gefahr in sich, daß man sich in sich selbst verschließt, daß man den Bereich seiner möglichen Interessen und Quellen der Freude einengt.
5. Den ganzen Menschen nur wegen einiger seiner Handlungen zu tadeln oder zu loben, ist eine unwissenschaftliche und übermäßige Verallgemeinerung ..." (Ellis, S. 68 f.) .

Lazarus führt in seiner Abhandlung "Auf dem Weg zu einer ego-losen Existenz" diesen Gedanken noch weiter. Ich komme im folgenden Abschnitt kurz darauf zu sprechen.

## 7. Das Vorgehen des Therapeuten

Am Ende des therapeutischen Prozesses wird erwartet, daß der Klient eine möglichst hohe Frustrationstoleranz erreicht hat, d. h. daß er Ärger und gelegentlich Leiden gut verarbeiten kann, also durch Bedrängnisse nicht in schwere Krisen gerät.

Im Zusammenhang und im Gefolge der Frustrationstoleranz soll die Therapie dem Klienten dabei helfen, daß dieser seine Angstbereitschaft, depressiven Verstimmungen, Selbstverurteilungen und Aggressionen abbauen kann, so daß er eine sozial aktive und zuversichtliche Lebenshaltung entwickeln kann.

Wie geht nun die rational-emotive Therapie im einzelnen vor?

Im Gegensatz zu anderen Therapieformen hält sie den Klienten nicht dazu an, seine Angst- und Schuldgefühle, seine Depressionen und seinen Ärger zu äußern, abzureagieren oder auszuleben. Der Therapeut versucht, dem Klienten zu verdeutlichen, daß er sich selbst die negativen Gefühle beibringt, sie also auch angehen, verändern und sich von ihnen lösen kann. Dabei soll der Klient wissen, daß es berechnete - in der Realität begründete - Furchtzustände, Ärger- und Aggressionsgefühle gibt.

In der rational-emotiven Therapie werden dem Klienten in klarer und konkreter Form drei Einsichten vermittelt:

- 1) Der Klient erkennt, daß sein gegenwärtiges neurotisches Verhalten zeitlich zurückliegende Entstehungsursachen hat.
- 2) Der Klient versteht, warum die ursprünglichen Gründe für seine Störung ihm immer noch zu schaffen machen und ihn durcheinander bringen. Er erkennt, daß sein Problem nicht bei den zurückliegenden Entstehungsursachen zentriert ist, sondern bei den

gegenwärtigen Stützursachen. Er sieht ein, daß er noch immer an den ursprünglich erworbenen irrationalen Überzeugungen festhält und sich diese Überzeugungen nach wie vor einhammert.

- 3) Der Klient weiß, daß es für ihn wahrscheinlich keinen anderen Weg zur Überwindung seiner emotionalen Probleme gibt als den, seine Überzeugung in Frage zu stellen und anzuzweifeln und den irrationalen Annahmen durch verbale und motorische Aktivitäten entgegenzutreten.

Wie geht der Therapeut vor, damit der Klient seine eigenen irrationalen Annahmen erkennt und diese selbstschädigenden Prämissen in Frage stellt und anzweifelt?

Der Therapeut weist - wo immer es sich anbietet - den Klienten darauf hin, daß nicht einfach die Umstände oder andere Personen ihn ärgern, sondern er sich selbst über etwas argert. Weil er das, was eingetreten ist, nicht mag, nicht für richtig hält, ablehnt, verurteilt, regt er sich auf.

Hat der Klient die Annahmen entdeckt, die seine emotionalen Probleme hervorrufen, dann versucht der Therapeut, ihm die Unrichtigkeit dieser Annahmen zu beweisen. Dabei vermittelt der Therapeut diese Erkenntnis zumeist über Fragen: 'Warum muß Ihr Partner sich stets freundlich und liebevoll Ihnen zuwenden? Warum müssen andere Sie eigentlich immer beachten und schätzen? Warum müssen andere auf Ihre Lage und Befindlichkeit immer besondere Rücksicht nehmen? Warum müssen Sie immer das erhalten, was Sie sich wünschen?'

Der rational-emotive Therapeut verhält sich bei den meisten Klienten aktiv-direktiv. Der Therapeut greift das irrationale Meinungssystem ohne Umschweife an und veranlaßt den Klienten, von sich aus in der gleichen Richtung weiterzugehen. Zugleich gibt der Therapeut sogenannte Hausaufgaben; er fordert den Klienten zur Erledigung von bestimmten Aktionen und Interaktionen in seinem Erlebens- und Tätigkeitsbereich auf, um den Klienten erleben zu lassen, daß die neu erworbenen Einsichten und Erwartungen, wenn sie in Verhalten überführt werden, zu neuen, d. h. positiven Konsequenzen führen.

Der rational-emotive Ansatz ist betont didaktischer Natur. Der Therapeut erklärt dem Klienten immer wieder, welches die allgemeinen Mechanismen von emotionalen Störungen sind, wie emotionale Störungen gewöhnlich entstehen, sich verfestigen und was man tun kann, um gegen sie vorzugehen. Dabei vermittelt der Therapeut dem Klienten eine an dessen Person und den Fakten seines gegenwärtigen Lebens orientierte Lebenspsychologie.

Übertagungs- und Gegenübertragungsprobleme spielen in der rational-emotiven Therapie kaum eine Rolle. Der Therapeut bleibt zum Klienten in mittlerer Distanz; er ist der Auffassung, daß er auch ohne die Zuneigung seiner Klienten seine Arbeit überzeugend und gut leisten kann.

Der Therapeut setzt viel rhetorisches Geschick und Phantasie ein, um dem Klienten rationale Alternativen überzeugend aufzuzeigen. Hierzu verwendet er verschiedene Methoden.

Der Therapeut überhöht die neurotische Tendenz des Klienten. Der Klient sagt beispielsweise: 'Ich befürchte, daß im Seminar alle über mich lachen, wenn ich etwas Falsches sage.' Der Therapeut geht darauf ein: 'Es ist noch viel schlimmer. Die anderen werden nicht nur im Seminar über Sie lachen, sondern auch zu Hause Tag und Nacht an Ihre blöde Bemerkung denken.'

Der Therapeut fragt den Klienten, was er über andere Menschen denken würde, wenn diese genau das gleiche Problem wie er haben würden und welchen Rat er ihnen geben würde. Dabei zeigt sich, daß viele Klienten vernünftige und kritische Gedanken äußern: Sie würden den anderen niemals den Unsinn zumuten, den sie sich selbst einreden.

Um dem Klienten die alternative Betrachtungsweise aufzuzeigen, erzählt der Therapeut Gleichnisse und Analogien. Einer Klientin, die sich für schlecht und wertlos hielt, erzählt ein Therapeut das Pflaumengleichnis: 'Sie gehen auf den Markt, und dort ist ein Obststand, an dem Äpfel, Birnen und Pflaumen verkauft werden. Jetzt kommt ein Kunde und kauft Äpfel und Birnen ein. Bedeutet dies, daß die Pflaumen schlecht sind? Nein. - Und wenn je-

mand Sie ablehnt, weil Sie nicht seinem Geschmack entsprechen, heißt das, daß Sie schlecht sind?' (vgl. Christoph Eschenröder: Grundprinzipien der rational-emotiven Therapie. Mitt. d. Ges. zur Förderung der Verhaltenstherapie 10, 1978, S. 219).

Der Therapeut kann den Klienten auffordern, seine Auseinandersetzung zwischen rationalen und irrationalen Gedanken im Stil der Gestalttherapie auf zwei Stühlen zu spielen. Auf dem einen Stuhl sitzt der Rationale, auf dem anderen Stuhl sitzt der Irrationale.

Wenn der Klient gute rationale Ideen nur zaghaft äußert, kann der Therapeut den Klienten auffordern, die Sätze lauter und selbstbewußter zu wiederholen, um das irrationale Denkschema zurückzudrängen.

Im fortgeschrittenen Stadium kann der Therapeut die Rolle des advocatus diaboli übernehmen. Er äußert die irrationalen Ideen des Klienten und läßt sie von diesem widerlegen.

Ein wichtiges Ziel der Therapie ist es, den Klienten davon abzubringen, daß er bei bedeutsamen Vorhaben sein Ich aufs Spiel setzt. Bei bestimmten Aufgaben setzen wir im allgemeinen nicht unsere gesamte Person ein, sondern nur einen Teil unseres Ichs - vielleicht Ich<sub>1</sub> oder Ich<sub>2</sub> oder Ich<sub>3</sub> usw. Jedes Ich entspricht einem Teil unseres Wesens. Wenn etwas schief geht, jemand in einer Prüfung versagt, dann sollte er wissen, daß nur ein Teil von ihm, eben eines seiner Iche, die gewünschte Leistung nicht erbracht hat. Es ist also ungerechtfertigt, das Versagen der Person als Ganzes anzulasten (vgl. Lazarus, A.A.: Auf dem Wege zur ego-losen Existenz. In: Ellis, A. und Grieger, H. -Hrsg.-: Praxis der rational-emotiven Therapie. Mchn. 1979, S. 79-85).

Wie in jeder anderen Therapie, so haben einzelne Klienten auch in der rational-emotiven Therapie besondere Schwierigkeiten. Russel, Grieger und John Boyd gehen in ihrer Abhandlung 'Therapeutische Reaktionen auf kritische Momente in der RET' (in: Ellis und Grieger -Hrsg.-, S. 213-227) auf diese Problemlage ein.



Die Probleme konzentrieren sich zumeist um vier Themen:

- Die kognitiv-emotive Dissonanz. Ein Klient findet seine Probleme zu groß, die Eigenbeteiligung in dieser Therapie zu anstrengend. Ein anderer Klient lehnt, da sich bei ihm nicht gleich Veränderungen einstellen, diese Therapie rundweg ab.
- Das Verfremdungssyndrom. Ein Klient glaubt, nicht mehr er selber sein zu können; er meint, er werde sich und anderen nur was vorschwindeln. Wieder ein anderer glaubt, in der Therapie seine Gefühle zu verlieren, zu einer seelenlosen Maschine zu werden.
- Der Selbsthaß. Der Klient bleibt bei seiner Auffassung, daß er wie alle anderen auch weiterhin nicht alles richtig machen könne und deshalb nichts wert sei.
- Die Angst vor der Mittelmäßigkeit. Der Klient ist fest davon überzeugt, daß - wenn er seine irrationalen Gedanken aufgebe - er ein ziemlich durchschnittlicher Mensch mit wenig Motivation zu höheren Leistungen werde.

Wir brauchen hier nicht auf die je besonderen therapeutischen Maßnahmen einzugehen, da sie sich nicht grundsätzlich von den bereits erwähnten unterscheiden.

Die kognitive Umstrukturierung ist nur der erste Schritt der Therapie. Sie führt nicht immer automatisch zu einer entsprechenden Verhaltensänderung. Deshalb sollte der Therapeut - wie an anderer Stelle schon gesagt - stets konkrete Aufgaben vereinbaren, damit der Klient es lernt, rationale Einsichten in praktisches Handeln umzusetzen.

Ellis tritt für den Abbau dauerhafter negativer Emotionen ein; er stellt aber nicht die Forderung auf, alle negativen Emotionen auszumerzen. Kummer, Sorgen, Enttäuschungen gehören zum Leben. Diese emotionalen Befindlichkeiten sind oft adäquate Antworten auf objektiv bestehende bedrückende Verhältnisse. Sie sind damit auch wichtige Motivationsanlässe im Kampf um die Verbesserung der Umwelt.

Die rational-emotive Therapie tritt also nicht ein für ein bedingungsloses positives Denken. Dem Klienten wird vielmehr mit aller Deutlichkeit und Eindringlichkeit klargemacht, daß er sich ständig in einer negativen und unsinnigen Lebensphilosophie re-indoktriniert. Die Betonung der Therapie liegt mehr auf dem Ausmerzen der ungerechtfertigten selbstschädigenden negativen Einstellungen, weniger auf der Betonung des Positiven. Es hat sich nämlich gezeigt, daß Individuen, die sich einreden, sie seien wertvoll, fühlten sich täglich besser, es erstaunlicherweise fertigbringen, gleichzeitig und parallel dazu höchst negative Ansichten über sich zu hegen.

Wir sollten uns also davor hüten, negativen Unsinn durch positiven Unsinn zu kompensieren. Unerfreuliche Tatsachen und wirkliche Gefahren sollten wir möglichst objektiv betrachten, sie nicht leichtfertig verharmlosen oder gar leugnen. Kurz: Wir sollten die realen Verhältnisse zur Kenntnis nehmen, sie rational analysieren, bewerten und an ihrer Verbesserung arbeiten.

## II. Die kognitive Verhaltensmodifikation - Selbstinstruktionstherapie (D.W. Meichenbaum)

---

Meichenbaum bemüht sich, die Rolle der kognitiven Faktoren in der Verhaltensmodifikation zu klären. Dabei geht er sowohl von eigenen Untersuchungen aus als auch von Berichten anderer zu diesem Thema. Kognitive Prozesse zeigen sich in Merkmalszuschreibungen, Wertschätzungen, Interpretationen, Selbstverstärkungen, Überzeugungen u. ä. Diese Begriffe dienen dazu, Bewußtseinsinhalte kenntlich zu machen und das zu erklären, was Meichenbaum als 'inneren Dialog' bezeichnet. Diese inneren Dialoge sind nach seiner Ansicht von grundlegender Bedeutung für die Steuerung des Verhaltens.

Das innere Sprechen ist ein lautloses, mentales Sprechen. Es tritt vor allem auf, wenn wir vor einem Problem stehen, etwas genauer unter die Lupe nehmen, nach Anhaltspunkten und Lösungen Ausschau halten, eine Entscheidung treffen müssen und Argumente für oder gegen sie abwägen. Das innere Sprechen dient also der Lebensorientierung und Lebensbewältigung, es hat Einfluß auf unser Wahrnehmen, Fühlen, Denken, Wollen und Verhalten.

Im inneren Sprechen kommen auch unsere Einstellungen und Überzeugungen zum Ausdruck, mit denen wir unser Verhalten und Handeln begründen und rechtfertigen. Die verbalen Selbstanweisungen bestimmen weitgehend unser Verhalten. Der Gedanke liegt nahe, über eine Veränderung des inneren Sprechens das Verhalten zu ändern. Meichenbaum machte diese Erfahrung im Umgang mit schizophrenen Patienten. In Interview-Sitzungen sollten diese lernen, sich 'vernünftig' zu unterhalten (d. h. sinnvoll und zusammenhängend zu sprechen). Jeder Ansatz und Schritt in dieser Richtung wurde verstärkt. "Interessanterweise wiederholte eine Reihe von schizophrenen Patienten, die in 'vernünftiger Unterhaltung' trainiert wurden, spontan die experimentelle Anweisung 'Unterhalten Sie sich vernünftig. Sprechen Sie zusammenhängend und sinnvoll'. Die spontanen Selbstanweisungen ... halfen den Untersuchten, ihre Aufmerksamkeit auf die Aufgaben zu konzentrieren." (Meichenbaum, D.V.: Kognitive Verhaltensmodifikation. Mchn. 1979, S. 13)

In verschiedenen Untersuchungen, vor allem auch der sowjetischen Psychologen Luria und Wygotski, wird auf die verhaltenssteuernde Funktion der Sprache hingewiesen.

In der Sozialisation des Kindes spielen zunächst die sprachlichen Hinweise - Gebote und Verbote - der Erwachsenen für die kindliche Verhaltensausführung und -kontrolle eine führende Rolle. In einem zweiten Stadium wird das laute Sprechen des Kindes zu einem wirk-samen Verhaltensregulator. In der dritten Phase übernimmt das nicht geäußerte oder innere Sprechen die selbststeuernde Funk-tion. Beim Erlernen komplexer Handlungsketten, wie z. B. beim Autofahren, geht man anfangs - manchmal auch laut - im Geiste die einzelnen Anweisungen durch, leitet sich selbst an, lobt sich bei Gelingen der Prozedur. Später - nach Erreichen einer Routine - verläuft das Ganze automatisch. Nur wenn man einen Fehler macht oder etwas Besonderes bemerkt, wie z. B. einen Un-fall oder ein Polizeiauto, stellt sich erneut verbale Reflexion ein. Ehe komplexe Handlungen automatisiert werden, treten oft noch sprachliche Abkürzungen, gleichsam stenografische Kurzan-weisungen, auf.

Die Selbstgespräche beeinflussen das Verhalten unmittelbar. Sie helfen dem Individuum, sich auf die Aufgabe, das Ziel und die Lösung zu konzentrieren. Meichenbaum konnte dies in seiner Ar-beit mit hyperaktiven Kindern nachweisen.

### 1. Die Eigenart und Behandlung hyperaktiver, impulsiver Kinder

Man schätzt, daß heute in den Schulen 5 bis 10 % der Kinder hyperaktiv sind. Viele von ihnen erhalten Medikamente zur Dämp-fung ihrer motorischen Unruhe. Aber auch Anregungsmittel schei-nen gewisse Erfolge herbeizuführen, weil sie den Kindern helfen, ihr Verhalten zu planen und zu kontrollieren.

Meichenbaum bezieht sich auf eine Untersuchung von Douglas (1972), nach der hyperaktive Kinder wie folgt charakterisiert werden: "Sie sind unfähig, ihre eigenen Impulse soweit zu kon-trollieren, damit sie mit Situationen fertig werden, in denen Unterricht, konzentrierte Aufmerksamkeit oder geordnetes Planen

erforderlich sind. Sie neigen dazu, ihre ersten Ideen vorschnell umzusetzen oder auf Situationsaspekte zu reagieren, die am meisten vordergründig und zwingend erscheinen ... Das gleiche Fehlverhalten - ein Fehlverhalten, das ich als Unfähigkeit 'hinzuhören, zu betrachten und zuzuhören' bezeichnen möchte - scheint auch das Sozialverhalten der Kinder zu beeinflussen." (Douglas, V.: Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulsive control in hyperactive and normal children. Can. J. of Behavioral Science 1972, 4, S. 275)

In verschiedenen Untersuchungen konnte Meichenbaum - im Anschluß an Arbeiten Lurias - nachweisen, daß impulsive Kinder im Gegensatz zu reflexiven Kindern ihre Sprache bei der Steuerung ihres motorischen Verhaltens, wie z. B. bei Geduldsspielen, und bei der Lösung von Wahrnehmungsaufgaben, z. B. bei Figurenunterscheidung, in geringerem Maße einsetzen. Auch benutzten sie bei ihren Lösungsversuchen Rückmeldungen nicht informativ - ein Zeichen für ihre schlechtere Informationsverarbeitung.

Meichenbaum faßte zusammen: "Impulsive Kinder analysieren weder gewohnheitsmäßig noch spontan ihre Erfahrungen mit Hilfe von kognitiv vermittelten Begriffen (seien es geäußerte oder vorgestellte), und sie formulieren und verinnerlichen auch keine Regeln, die sie in neuartigen Lernsituationen anleiten könnten." (M., S. 27 f.)

Wenn man die Beeinträchtigung in Betracht zieht, erhebt sich die Frage, ob man die Kinder anregen oder anleiten kann, ihren Problemlösungsstil zu verändern, so daß sie, bevor sie handeln, denken bzw. differenziert zu sich selbst sprechen. Diese Gedanken führten Meichenbaum zum Entwurf und zur Anwendung eines Trainings zur Selbstanweisung.

So lernten die Kinder z. B. beim Nachzeichnen eines Strichmusters: 1) die Aufgabe zu verstehen, 2) Vermittlungsglieder (verbale Handlungsanweisungen) spontan aufzubauen und 3) die Vermittlungsglieder zu benutzen, um ihr Verhalten anzuleiten, zu steuern und zu kontrollieren.

Das Training zur Selbstanweisung wurde in einzelne Etappen gegliedert: Zunächst führte ein Erwachsener als Modell eine Auf-



gab aus und sprach laut zu sich selbst (kognitives Modellernen); dann führte das Kind die gleiche Aufgabe aus, angeleitet durch die Anweisung des Modells (beobachtbare, äußere Anleitung). Drittens bearbeitete das Kind die Aufgabe und gab sich selbst laut Anweisungen (beobachtbare Selbstanleitung). Viertens flüsterte das Kind die Selbstanweisungen bei der Bearbeitung der Aufgabe (abgeschwächte, beobachtbare Selbstanweisung), und schließlich bearbeitete das Kind die Aufgabe, während es sich durch privates Sprechen anleitete (verdeckte Selbstanweisung).

In der ersten Phase, der Phase des lauten Denkens, führte das Modell mehrere für die Aufgabenbearbeitung wichtige Fertigkeiten vor: (1) Problembestimmung (Was habe ich zu tun?), (2) Hervorhebung der Aufmerksamkeit und Verhaltensanleitung (Sel sorgfältig ... ziehe die Linie nach unten.), (3) Selbstverstärkung (Gut, ich mache es ausgezeichnet.) und (4) Selbstbewertung des Nachzeichnens und Entscheidungen für die Fehlerkorrektur (So stimmt es ... Auch wenn ich einen Fehler mache, kann ich langsam weitermachen.). Es zeigte sich, daß 60 % der impulsiven Kinder bereits nach einem Training der Selbstanweisung im Nachtest und in den Folgesitzungen spontan zu sich sprachen und so ihre Leistungen verbesserten.

Weitere Studien zeigten, daß impulsive Kinder nicht nur ein Modell der Selbstanweisung brauchten, sondern auch Anregungen und Erfahrungen im eigenständigen Entwickeln und Probieren von Selbstanweisungen. Die Methode der Selbstanweisung konnte - wie verschiedene Untersuchungen mit sozial isolierten und aggressiven Kindern zeigten - auch zur Verbesserung der sozialen Interaktion und Kommunikation eingesetzt werden.

In diesem Zusammenhang wurde der Wert der Argumentieren in der Erziehung wiederentdeckt. Wenn z. B. die Eltern mit ihren Kindern argumentieren, die Gründe erklären, weswegen etwas falsch ist, was Kinder machten, und warum sie in bestimmter Weise handeln sollten, werden Wertvorstellungen leichter und dauerhafter verinnerlicht, so daß die Kinder gegenüber Versuchungen größeren Widerstand entwickeln. Anregungen in dieser Richtung sind dann auch in die kognitive Verhaltenstherapie aufgenommen worden.

Einen besonderen Aspekt des inneren Dialogs stellen die Attribu-

tionen dar, nach denen Kinder die verursachenden Bedingungen von Erfolg und Mißerfolg festlegen.

In einer Untersuchung erhielten hyperaktive Kinder während eines Zeitraumes von zwei Monaten im Schulunterricht individuelle Betreuung. Eine Hälfte wurde in der Selbstkontrolle des Sprechens unterwiesen, die andere Hälfte wurde sozial verstärkt. Zwischen dem Behandlungsansatz und dem Attributionsstil der Kinder ergaben sich signifikante Wechselwirkungen. "Die Attributionen wurden mit Hilfe eines strukturierten Fragebogens eingeschätzt, der von den Knaben verlangte, mögliche Ursachen von Erfolg und Mißerfolg zu gewichten. Knaben, für die die Zuordnung von 'Glück' typisch war, verbesserten sich mehr ... nach der Behandlung durch Verstärkung; dagegen zogen aus dem Trainingsprogramm zur Selbstanweisung jene Knaben größeren Nutzen, die typischerweise 'Anstrengung' zuordneten." (H., S. 45)

Man wird danach Behandlungsstrategien geordnet aufzubauen haben. Es scheint sinnvoll zu sein, Individuen, die Ereignisse als zufällig und chaotisch erleben, in einem Vortraining die Einführung von Regeln über systematische äußere Verstärkung nahezubringen. Die Vermittlung der Überzeugung, daß Anstrengung wichtig ist, ist ein produktives Vorspiel für das Training von Selbststeuerung.

In der Therapie kommt es zunächst darauf an, dem Klienten ein Bewußtsein darüber zu vermitteln, welche Rolle das Denken in der Verhaltensabfolge spielt. Viele fehlangepaßte Denk- und Verhaltensweisen der Klienten haben sich gewohnhaftsmäßig fixiert; sie laufen automatisch ab. Solches Verhalten sollte unter bewußter Kontrolle ablaufen, d. h. dem Zielverhalten sollten beabsichtigte Kognitionen vorausgehen. Solche 'erzwungene Vermittlung' kann die Ereigniskette unterbrechen, die sonst zur Fehlreaktion führt.

Zuvor muß der Klient mit einzelnen produktiven Verhaltensweisen vertraut gemacht werden. Auf diese Weise kann man ihm - falls er sich von anderen isoliert hat und einsam fühlt - im Modell zeigen, wie man sich anderen nähert, mit ihnen Kontakt aufnimmt. So haben Meichenbaum und Goodman einen Film vorgeführt, bei dem die Betonung der Entwicklung von Kognitionen durch eine Stimme

kommentiert wurde, die eine Folge von Selbstanweisungen sprach (Melchenbaum, D. und Goodman, J.: Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. J. of Abn. Psychology 77, 1971, S. 115-126).

Ergänzt wurde dieser Trainingsteil des Modelllernens durch Rollenspiele.

Melchenbaum berichtet auch über Untersuchungen zur Förderung kreativen Denkens. Es zeigte sich, daß eine Reihe von Selbstanweisungen förderlich ist. Sie beziehen sich vor allem darauf, das Problem von verschiedenen Perspektiven anzugehen, den Gedanken und der Phantasie freien Lauf zu lassen, sich vom Urteil der anderen zu befreien, also seinen Weg zu gehen, bei Barrieren nicht aufzugeben u. ä.

## 2. Die Vermittlung und der Gebrauch von Selbstanweisungen bei schizophrenen Patienten

Der Anstoß für Untersuchungen, in denen Schizophrene lernen sollten, sich vernünftig zu unterhalten, sinnvoll und zusammenhängend zu sprechen, geht auf Arbeiten Melchenbaums zum operanten Konditionieren unter Laborbedingungen mit einer Gruppe von stationären schizophrenen Patienten zurück. Die Arbeit fand im Rahmen seiner Dissertation statt (Melchenbaum, D.: The effects of instructions and reinforcement on thinking and language behavior of schizophrenics. Beh. Res. and Therapy 7, 1969, S. 101-114). Melchenbaum beobachtete, daß die Patienten während der Übertragung auf andere verbale Aufgaben, die Anweisungen des Versuchs- bzw. Trainingsleiters spontan wiederholten: 'Spreche vernünftig, zusammenhängend und sinnvoll'. Die Patienten versuchten, durch diese spontanen Selbstanweisungen sich auf ihre Aufgabe zu konzentrieren und ihre Intern entstehenden Störreize abzublocken.

Jeder von uns wird in unterschiedlichem Ausmaße durch aufgabenunwesentliche Gedanken, Vorstellungen und Gefühle beeinflusst. Wir unterdrücken sie jedoch im allgemeinen. Schizophrene scheinen diese Fähigkeit nicht zu haben.

Die Patienten wurden angewiesen, ihr Verhalten und Denken zu beachten, außerdem auf Mitpatienten zu achten, die 'schizophrenes Verhalten' zeigten (z. B. bizarre, unzusammenhängende oder sinnlose Verhaltensweisen und Äußerungen).

"Sowohl die Beachtung zwischenmenschlicher Signale als auch die Selbstbeachtung ermöglicht dem Patienten, Hinweise für das Äußern einer Reihe von Selbstanweisungen wahrzunehmen, wie etwa 'sinnvoll und im Zusammenhang handeln, sich selbst verstehen lernen'. Es wurde versucht, die Art und Weise zu ändern, wie der Schizophrene solche Interpersonalen und intrapersonalen Hinweisreize wahrnimmt, kennzeichnet und interpretiert." (M., S. 67) Dabei ging Meichenbaum so vor, daß am Anfang des Selbstanweisungstrainings systematisch aufgebaute, sensomotorische Aufgaben standen, die nur in geringem Maße soziale Interaktion erforderten. Sobald die Patienten eine gewisse Fertigkeit in der Verwendung von Selbstanweisungen erreichten, erhöhten sich die Aufgabenanforderungen (z. B. Deuten von Sprichwörtern und Gespräche führen).

Der Versuchsleiter diente anfangs als Modell beim Beobachten und Bewerten der eigenen Tätigkeit durch das Stellen von Fragen an sich selbst.

Die Ergebnisse des Versuchs und anderer berichteter Untersuchungen zeigen eine bleibende Verbesserung gegenüber den krankhaften Äußerungen während des standardisierten Interviews, des Abstrahierens von Sprichwörtern, der Integration von Wahrnehmungen bei Tintenklecksbildern im Holtzman-Test ... und des Zahlenerinnerns unter Ablenkungsbedingungen.

Weiter versuchte man, Schizophrene durch strukturierte Lern-techniken im Sozialverhalten zu trainieren. Dabei zeigte sich, daß die Trainingsformen für soziales Verhalten erst dann wirksam werden, wenn sie durch Techniken der kognitiven Verhaltensmodifikation ergänzt wurden.

### 3. Die Methoden der Verhaltenstherapie und ihre kognitiven Faktoren

---

Bei operanten Trainingsmethoden hat sich gezeigt, daß die Behandlungsergebnisse besser übertragen werden und länger andauern, wenn die Klienten ihre Aufmerksamkeit auf ihre kognitiven Prozesse richten, die Ergebnisse also noch kognitiv verankern.

Wenn auch mit der Verhaltensänderung, die durch die Methoden der klassischen Verhaltenstherapie erreicht wird, zumeist eine Veränderung der Kognitionen einhergeht, so scheint es doch angezeigt, diese kognitiven Elemente im therapeutischen Prozeß besonders herauszuheben und gezielt anzugehen. Diese Akzentverschiebung findet ihre Begründung darin, daß menschliches Verhalten in hohem Maße durch Kognitionen gesteuert wird. Meichenbaum zeigt dies an der Angstbefreiung durch Konditionierung, an der systematischen Desensibilisierung und am Modellernen.

#### Konditionierung zur Angstbefreiung

Wenn ein unangenehmer Reiz unmittelbar nach dem Auftreten eines bestimmten Signals aufhört, wird das Signal zu einem bedingten Reiz jener Veränderung, die auf die Beendigung des unangenehmen Reizes folgt. Wir bezeichnen diesen Lernvorgang als 'negative Verstärkung'. Wolpe und Lazarus gingen so vor, daß sie kognitive Prozesse eines Klienten, wie Befürchtungsgedanken und Angstvorstellungen mit von außen dargebotenen aversiven Konsequenzen, etwa schmerzhaften elektrischen Stromstößen, paarten. Wenn der Klient sich einen Reiz wie die Selbstanweisung 'ruhig' verpaßt, setzen die Stromstöße aus. Durch diese Gegenkonditionierung erhält die Selbstanweisung angstbefreiende Eigenschaften. In zahlreichen Untersuchungen wurde diese Methode zur Besserung phobischen und zwanghaften Verhaltens angewandt.

Meichenbaum fragte sich, ob es möglich sei, Gedanken und Vorstellungen in der gleichen Weise zu verstärken und zu bestrafen wie das beobachtbare Verhalten. Zunächst knüpften seine Untersuchungen an die Angstbefreiungstherapie an. Er verglich die Ergebnisse einer Kontrollgruppe, die nur Selbstanweisung (Sei ruhig, entspanne dich.) übte und keine elektrischen Schocks erhielt. Die



Gruppe mit dem Angstbefreiungstraining zeigte signifikant mehr Veränderung auf der Ebene des Verhaltens und der Gefühlserregung. Die erfolgreichsten Klienten dieser Untersuchung berichteten, sie hätten nicht nur Entspannungswörter benutzt, sondern zusätzlich andere Formen der sprachlichen Auseinandersetzung, ohne sie laut auszusprechen.

In einer weiteren Untersuchungsserie veranlaßte Meichenbaum Klienten, die unter Schlangenphobie litten, Selbstanweisungen zu entwickeln und in das Paradigma der Angstbefreiung einzubauen, z.B.: 'Ich entspanne mich. Ich kann mit der Schlange umgehen. Vorerst einmal ganz kurz.' Die Beendigung des Schocks wurde eher von solchen Äußerungen abhängig gemacht als von den einfachen hinweisenden Wörtern, wie 'sei ruhig' oder 'entspanne dich'.

In einer weiteren Revision wurden die Klienten aufgefordert, die furchterzeugenden Gedanken, die sie zuvor bei sich wahrgenommen hatten, zu äußern. Der Schock setzte auf diese Äußerungen hin ein. Die Selbstanweisungen, die hier als Bewältigungsmöglichkeiten gedacht waren, konnten im Gegenzug den andauernden Schock beenden.

Die erweiterte Angstbefreiungstherapie bestand aus folgenden Schritten:

- 1) Der Therapeut nannte den Namen des furchtobjekts (z.B. Schlange).
- 2) Der Klient äußerte die furchterregenden Gedanken (z.B.: Sie ist widerlich; Ich möchte sie nicht ansehen.).
- 3) Der Therapeut schaltete den Schock ein.
- 4) Der Klient äußerte die Selbstanweisungen, die ihm dazu verhelfen, mit dem Problem zurechtzukommen.
- 5) Der Therapeut schaltete den Schock ab.
- 6) Der Klient entspannte sich darauf.

Bis hierher lassen sich die Ergebnisse lerntheoretisch im Sinne der Verstärkung (positive und negative Verstärkung) und Bestrafung erklären.

Es wurden nun noch einige Experimente durchgeführt, die zu Ergebnissen führten, die von den bekannten Lerngesetzen nicht abgeleitet werden konnten.

So wurde beispielsweise die Verstärkerabfolge innerhalb der

Angstbefreiungstherapie überprüft. Eine Gruppe wurde einer umgekehrten Behandlung zur Angstbefreiung unterzogen. Die Schocks setzten ein, wenn der Klient in den Selbstäußerungen die Auseinandersetzung mit der Furcht bekundete. Auch diese Gruppe zeigte signifikante Verbesserungen im Angstabbau.

Auch im Hinblick auf andere verhaltenstherapeutische Methoden zeigte sich, daß die lerntheoretischen Erklärungen unzureichend bzw. unangemessen sind. Bei der sog. Implosion bzw. Reizüberflutung werden phobische Klienten aufgefordert, sich Situationen extrem belastender Art vorzustellen. So soll etwa ein Schlangenphobiker sich vorstellen, er werde von Hunderten von Schlangen angegriffen und gebissen. Das Ergebnis, der Abbau der Phobie, wurde bisher nach dem Prinzip der 'Löschung' erklärt. Nun ergaben Untersuchungen, bei denen sich die Klienten irgendeine stark gefühlsbetonte Situation vorstellen sollten, die in keinerlei Beziehung zum speziellen phobischen Thema stand, daß es auch hier zu einer Verringerung der Furcht kam.

Bei der Methode der verdeckten Sensibilisierung hat der Klient zwei Gedanken oder Vorstellungen zu assoziieren. Ein Klient, der sich das Rauchen abgewöhnen möchte, soll sich etwa vorstellen, daß er, wenn die Zigarette zum Mund geführt wird, erbricht. In diesem Konditionierungsexperiment werden die beiden Vorstellungen des Rauchens und Erbrechens miteinander gekoppelt. Die Ergebnisse in der Praxis bleiben oft hinter den mehr theoretischen Labor-Erwartungen zurück. Bei einzelnen Untersuchungen mit der sog. backward technique der verdeckten Sensibilisierung, bei der man sich die aversive Szene vor der gedachten Wiederholung des unerwünschten Verhaltens vorstellt, ergaben genau so erfolgreiche Ergebnisse wie in der standardisierten Form. Eine Erklärung nach dem Konditionierungsprinzip ist hier nicht angemessen.

Es scheint so, daß andere als in der klassischen Verhaltenstherapie angenommene Prinzipien eine Rolle spielen. Schon allein, daß die Klienten erfahren, daß sie ihre Beschwerden in Konfrontation mit dem Problem abbauen können, mobilisiert Selbstkontroll- und Bewältigungskräfte, die sie über verschiedene Situationen hinweg einsetzen konnten. Die Klienten teilten den Experimentatoren bzw.

Therapeuten diesbezügliche Selbstbeobachtungen mit, so daß in der Meichenbaum-Gruppe der Plan entstand, die Selbstkontroll- und Bewältigungsfähigkeiten gezielt zu fördern. Dieses Vorgehen bezeichnete Meichenbaum als Streßimpfung. Der Klient wird zur Einschätzung des therapeutischen Prozesses angehalten. Dabei werden seine Wahrnehmungen und Fähigkeiten zum Zwecke der Auseinandersetzung hervorgehoben. Was der Klient in einer so konzipierten Verhaltenstherapie erwirbt, ist ein komplexes Muster von kognitiven und behavioralen Fähigkeiten, "in dem folgendes enthalten ist:

(1) Veränderungen von fehlangepaßten Meinungen;

- sie entstehen durch eine Aufeinanderfolge von sich nicht bestätigenden Erfahrungen in der therapeutischen Interaktion ...;

(2) Veränderungen in den Vorstellungen, die man über sich selbst hat, und der Meinungen über andere;

- sie entwickeln sich durch den Erwerb von Wissen;

(3) die Entwicklung von neuartigen Fähigkeiten zum Problemlösen und im zwischenmenschlichen Verhalten." (H., S. 114)

### Systematische Desensibilisierung

Der unter Angst leidende Klient wird aufgefordert, in tiefer Entspannung sich eine Folge von Situationen mit zunehmender Angst vorzustellen und diese bei Entspannung auszuhalten. Nach Wolpe sind die beiden Reaktionen, die Furcht und die Entspannung, unvereinbar. Wenn der Klient fähig ist, bei einer der Situationen entspannt zu bleiben, dann kommt es schrittweise zum Abbau der Furcht. Die Wirkung läßt sich nicht mehr als einfache Gegenkonditionierung erklären.

Ein Beispiel, daß bei der systematischen Desensibilisierung kognitive Prozesse eine Rolle spielen, gibt u. a. Brown. Er hatte selbst an den Sitzungen von Wolpe teilgenommen.

Eine verheiratete Frau, die Angst und Abscheu vor männlichen Genitalien empfand, wurde von Wolpe mit Erfolg behandelt. Sie hatte sich u. a. die Statue eines nackten Mannes in wechselnder Entfernung vorzustellen. Die Frau berichtete anschließend: 'Wissen Sie, ich dachte mir: Ist es nicht dumm von mir, warum

sollte ich nichts dagegen unternehmen, daß mich die Statue beunruhigt? ... Sie hat kein Leben, ist nur ein Stück Stein, ich dürfte mich durch sie nicht betroffen fühlen!' (Brown, B.: Cognitive aspects of Wolpe's behavior therapy. Am J. of Psychiatry, 124, 1967, S. 857). Diese und ähnliche Kommentare, die bei Verhaltensänderungen abgegeben werden, weisen auf die Bedeutung kognitiver Faktoren hin, die Einstellungsänderungen anzeigen. Die kognitive Verhaltensmodifikation liegt also der Desensibilisierung zugrunde. Es fragt sich, welchen Anteil an der Veränderung die Entspannung und die Vorstellungskraft hat.

In verschiedenen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, daß bei der Desensibilisierung weniger die körperliche Entspannung von Bedeutung ist, sondern eher die Fähigkeit, sich auf eine friedliche beruhigende Szene zu konzentrieren. Nach einer kurzen Einübungsperiode hilft oft schon das Wort 'Ruhe' oder 'Entspannung', die Streßsituation abzubauen.

Wie die Entspannung, so wird in der Desensibilisierung durch die Selbstanweisungen auch die Vorstellungskraft verbessert. Dabei lernt der Klient schrittweise die Formen der Auseinandersetzung, also Bewältigungsformen. "Im Gegensatz zur standardisierten Methode der Desensibilisierung werden beim Vorgehen nach der kognitiven Verhaltensmodifikation in der Desensibilisierung Vorstellungen verwendet, die eine Auseinandersetzung ermöglichen. Diese Methode verlangt vom Klienten, während er sich eine Szene aus der Hierarchie vorstellt, sich mit der Angst auseinanderzusetzen und sich dessen bewußt zu sein, indem er langsam und tief durchatmet, sich entspannt und Selbstanweisungen gibt. Mit anderen Worten: Bei der Methode, die Vorstellungen und Auseinandersetzung verbindet, erlebt der Klient sowohl das Angstgefühl wie auch Mittel und Wege, mit der Angst zurechtzukommen und sie zu verringern." (H., S. 117)

Zugleich kommt es bei dieser verbesserten Methode eher zu einer Um- und Neubewertung von Erregungen. So lernte z. B. ein Prüfungssängstlicher, die Erregung als Ehrgeiz und nicht als Zeichen von Furcht zu bewerten. Wenn er also bei einer Prüfung in Erregung gerät, so wird dies in Zukunft als eine Herausforderung zur Aufgabenbewältigung gesehen und nicht als Zeichen der Bedro-

hung und als Vorzeichen für Versagen.

Es geht hier nicht um eine Aufhebung, sondern um eine abwandeln-  
de Anreicherung der Desensibilisierungsmethode. Der Klient wird  
dabei angehalten und angeleitet, die Fähigkeiten zur Auseinan-  
dersetzung und Selbstkontrolle zu erlernen. Er übt in Gedanken  
vorwegnehmendes Problemlösen, das ihm als Vorbereitung für zu-  
künftige Belastungen dient.

Heichenbaum weist noch auf eine andere Variante der Desensibili-  
sierung hin, auf die von Feather und Rhoads entwickelte 'Dynamische  
Verhaltenstherapie' (Feather, B. u. Rhoads, J.: Psycho-  
dynamic behavior therapy: Theory and rationale. Archives of  
General Psychiatry 26, 1972, S. 496-502). "Bei diesem Vorgehen  
fordert man den Klienten auf, anstatt sich im Zustand der Ent-  
spannung echte Lebenssituationen vorzustellen, die Phantasien  
auszumalen, die der Angst häufig zugrundeliegen. Der Therapeut  
proviziert die Phantasie des Klienten, indem er ihn nach den  
schlimmsten Vorfällen fragt, die eintreten könnten, wenn er  
einer phobischen Situation begegnet. Ein Klient mit Sprechangst  
könnte in seiner Phantasie meinen, er würde sich über sich selbst  
und die Zuhörer so sehr ärgern, die Kontrolle verlieren und je-  
manden verletzen. Feather und Rhoads vertreten die Auffassung,  
daß der Klient in vielen Fällen Angst vor seinen eigenen Gedan-  
ken hat und häufig gelernt hat, solche Gedanken zu vermeiden.  
Man kann zwischen Realität, Phantasie und Kontrolle der Phanta-  
sie unterscheiden, wenn man den Klienten dazu veranlaßt, sich  
die Phantasiesituation unter Kontrolle und unter Entspannung  
vorzustellen." (M., S. 121)

### Modelllernen

Wie bei der Desensibilisierung, so sind auch beim Modellernen  
kognitive Prozesse beteiligt. Bereits Bandura hebt hervor, daß  
die Information, die der Beobachter vom Modell empfängt, sie in  
Vorstellungen perzeptiv-kognitiven Charakters und in vermit-  
telnde und verdeckte Verhaltensübungen umsetzt. Diese werden  
vom Beobachter gespeichert und später als symbolische Hinweis-  
reize für beobachtbares Verhalten benutzt.



Die kognitive Verhaltensmodifikation vertritt die Auffassung, daß durch das gezielte Vorführen solcher vermittelnder Verhaltensweisen das Lernen erleichtert bzw. verbessert werden kann.

Meichenbaum veränderte die Methoden des Modellernens, indem er Kognitionen des Klienten einbezog und in den Vordergrund stellte. So zeigte er in einem Modellfilm zur Behandlung der Schlangenphobie Verhaltensformen der Auseinandersetzung. Die Modellpersonen nahmen zu ihrer Angst und den physiologischen Begleiterscheinungen (Schweißabsonderung, erhöhte Herz- und Atemfrequenz, körperliche Spannung) Stellung und gaben Kommentare ab. Dabei versuchten sie, durch Selbstanweisungen sich mit ihrer Furcht auseinanderzusetzen: Entspannt bleiben, Kontrolle durch langsames Atmen bewahren, Ziel beibehalten, immer nur einen Schritt gehen, Furcht bewältigen.

Es wurden auf diese Weise zusätzliche therapeutische Verbesserungen erreicht. Es ist also zweckmäßig, nicht nur Verhaltensformen vorzuführen, sondern auch Verhaltensweisen der Auseinandersetzung, die die Problembewältigung zum Ziel haben. Man kann dabei die Ähnlichkeit zwischen Modell und Beobachter noch erhöhen, indem das Modell anfangs möglichst genau das Fehlverhalten, die Fehleinstellung, die die Befürchtungen und Gefühle des Beobachters spiegelt und zeigt, wie er sich vermittels gedanklicher Auseinandersetzung mit der Frustration und dem Selbstzweifel befaßt, dann aber schrittweise das Problem bewältigt und schließlich das Ergebnis durch selbstverstärkende Äußerungen demonstriert. Die Modellperson kann, während sie die Aufgabenstellung bearbeitet, ihre Gedanken laut denken, also zu sich sprechen. Man kann aber auch die Gedankengänge der Modellperson gleichsam als Expertenkommentar begleitend verdeutlichen.

Mit großem Erfolg hat man diese Methode bei Kindern eingesetzt, die Angst vor dem Krankenhaus und operativen Eingriffen hatten (Melamed, B. u. Siegel, J.: Reduction of anxiety in children facing hospitalisation and surgery by use of filmed modeling. J. of Consulting and Clinical Psychology 43, 1975, S. 511 - 521).

"Modellernen ermöglicht es dem Therapeuten, die vom Klienten wahrscheinlich empfundenen Gedanken und Gefühle in die Therapie einzubeziehen. Der Therapeut kann dem Klienten mehrere Verhaltensmodelle anbieten, die sich mit den Bedürfnissen auseinandersetzen und Selbstkontrolle ausüben. Diese Darbietung verfolgt mehrere Zielsetzungen:

- Sie vermittelt spezifische Fähigkeiten in bezug auf kognitive Tätigkeiten und beobachtbares Verhalten,
- sie stellt das Modellverhalten anderer vor, die ihre Probleme bewältigt haben und veranschaulicht die ihnen daraus erwachsenen Verstärkungen und
- sie ermuntert den Klienten auf jene Art nachzudenken, mit der er sich wahrscheinlich engagieren könnte." (M., S. 125 f.)

In den Untersuchungen zur Selbstsicherheit hat sich gezeigt, daß bei Selbstunsicheren positive und negative Aussagen als innere Auseinandersetzungen mit einem Konflikt im Wettbewerb lagen und die Formen zwischenmenschlichen Verhaltens überlagerten. Im Gegensatz dazu produzierten Selbstsichere signifikant mehr positive, an sich selbst gerichtete Aussagen. Gegenüber der Unentschiedenheit der Selbstunsicheren vertraten die Selbstsicheren eine eindeutige, und zwar positive Haltung. Therapeutisch kommt es vor allem darauf an, daß der Klient seine negativen Selbstgespräche abbaut, sie schrittweise durch positive ablöst. Dabei hilft ihm, wenn der Therapeut die Situation und Lagebefindlichkeit des Klienten vorstellt und ein Modell die hier fällige gedankliche Auseinandersetzung spiegelt, das positive Verhalten vorführt und sich selbst für den Erfolg belohnt.

#### Aversives Konditionieren

Beim aversiven Konditionieren wird dem Klienten ein tabuisierter Reiz (etwa Alkohol, Rauchen) real oder im Bild angeboten. Sobald der Klient mit Erregung darauf reagiert, erhält er einen schmerzhaften elektrischen Stromstoß. Die Erregung wird durch physiologische Messung festgestellt. Die Schmerzzufügung setzt aus bei der Abnahme der physiologischen Erregung.

Aversives Konditionieren kann durch den Einbezug von Vorstellungen des Klienten erweitert werden. So wird z. B. der Schock abgeschaltet, wenn der Klient Bewältigungsvorstellungen, entsprechende Gefühle und Phantasien bei der Begegnung mit dem tabuierten Objekt entwickelt und kundgibt.

Es sind einige Bemerkungen zur Bedeutung der gedanklichen Übungen zu machen. Steffy, Meichenbaum und Best nehmen an, daß das Einbeziehen von Vorstellungsprozessen oder gedanklichen Übungen folgende Auswirkungen habe:

- Sie führen zu einer verbesserten Repräsentation jener Reizmuster, die zur Aufrechterhaltung des fehlangepaßten Verhaltens beitragen.
- Sie liefern über das Training mehr unterschiedliche Hinweis-situationen.
- Sie führen den Klienten gezielt dazu, der Problembewältigung konzentrierte Aufmerksamkeit zu widmen.
- Sie bedingen eine stärkere Gefühlsbeteiligung.
- Sie verkoppeln in höherem Maße Einsicht und Verhalten.

(Steffy, R., Meichenbaum, D. und Best, A.: Aversive and cognitive factors in the modification of smoking behavior. Behavior Research and Therapy. 8, 1970, S. 115-125)

Das mentale Training spielt auch im Hochleistungssport eine zunehmend bedeutungsvolle Rolle. Untersuchungen über die Verbesserung des Golfspielens (Anderson & Carter, 1976), des Skifahrens (Suinn, 1972), des Tennisspielens (Gallway, 1974) und anderer Sportarten liegen mittlerweile vor (Anderson, W. u. Carter, B.: Central nervous system mediation in athletic performance. Unpubl. Manuscript, Boston University, 1976 - Suinn, R.: Rehearsal training for skiracers. Beh. Therapy 3, 1972, S. 519-520 - Gallway, T.: The inner game of tennis. NY 1974).

Meichenbaum berichtet über die Methode von Gallway:  
"Gallway beschrieb, wie man den Unterricht ausbauen kann; der Anfänger im Tennis soll sorgfältig beobachten, wie der Lehrer bestimmte Schläge ausführt, ohne in irgendeiner

analytischen Weise darüber nachzudenken, was der Lehrer macht. Er soll einfach versuchen, eine bildliche Vorstellung von dem Schlag zu gewinnen. Indem er dies tut, soll der Schüler den Vorgang vor seinem geistigen Auge mehrmals ablaufen lassen, und im Anschluß daran soll 'sein Körper dies nur nachahmen'. Das Vorgehen von Gallway unterscheidet sich vom eher traditionell funktionalen Ansatz, der den Erwerb von verschiedenartigen Teilfertigkeiten beinhaltet." (M., S. 137)

Es scheint noch eine Bemerkung zur Bedeutung der inneren Beteiligung beim Verfahren der Selbstanweisung angebracht zu sein:

Die an sich selbst gerichteten Äußerungen sollten nicht heruntergeleiert, sondern entsprechend ihrer Bedeutung eindringlich vorgebracht werden.

Im Zusammenhang mit den Selbstanweisungen spielen auch die Vorstellungen eine wichtige Rolle. Je intensiver und präziser sie sind, desto günstiger ist ihre handlungsbezogene Auswirkung.

Das Selbstanweisungstraining legt den Schwerpunkt auf das bewußte selbstregulierende Handeln des Klienten. Im Training lernt der Klient Bewältigungsfertigkeiten, die er in unterschiedlichen Problemsituationen anwenden kann:

- 1) Das Unterdrücken von impulsiven Reaktionen,
- 2) das Beibehalten der Aufmerksamkeit,
- 3) das Erinnern an die Zielsetzung,
- 4) die Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit Frustration und Mißerfolg und
- 5) die Hilfe bei der Kontrolle des sprachlichen und nicht-sprachlichen Verhaltens.

#### 4. Das Training nach dem Prinzip der Streßimmunisierung

Bei näherer Betrachtung sind viele der sogenannten konditionierten Verhaltensweisen weitgehend eigenständige Handlungen auf der Grundlage von gelernten Erwartungen. Diese Reaktionen werden nicht einfach automatisch hervorgerufen. Menschen lernen, (kritische) Ereignisse vorherzusagen; beim Eintreten rufen sie entsprechende Reaktionen ab.

Mit dem Wandel der klassischen Verhaltenstherapie zur kognitiv orientierten Verhaltenstherapie haben sich auch die Therapiemethoden verändert. Der Schwerpunkt verlegt sich von der Untersuchung diskreter, situationsspezifischer Verhaltensweisen und problemspezifischer Methoden auf Fähigkeiten, die der Auseinandersetzung mit Problemen dienen und die sich auf Verhaltensweisen, Situationen und Probleme verschiedener Art übertragen lassen.

"Bisher wurde z. B. die systematische Desensibilisierung als eine therapeutische Methode betrachtet, die dazu gedacht war, mittels Gegenkonditionierung verschiedene Ängste des Klienten getrennt voneinander zu behandeln; stattdessen kann man sie als Vorgehen sehen, bei dem der Klient eine Reihe von Auseinandersetzungsfähigkeiten erlernt, die sich auf zahlreiche Angstsituationen übertragen lassen." (H., S. 140 f.)

Man braucht sich also nicht auf einzelne spezifische Angstsituationen jeweils zu konzentrieren und sie schrittweise im Aufstieg der Angsthierarchie abzuarbeiten. Wenn man gründlich Entspannung gelernt hat, kann man sich Szenen auf verschiedenen Angsthierarchien vorstellen und sich weiter zugleich vorstellen, wie man sich mit diesen Angst hervorrufenden Szenen mittels Strategien der Selbstanweisung und Reizetiktierung auseinandersetzt. Das ist der heute im Zentrum der Therapie stehende fähigkeitsorientierte Behandlungsansatz.

Es ist die Aufgabe des Therapeuten, dem Klienten zu vermitteln, daß die verschiedenen Angsthierarchien gemeinsame Kennzeichen haben. Im Maße dieser Gemeinsamkeit ist die jeweilige Behandlung übertragbar. Wir wollen in der Therapie ja nicht nur einzelne Verhaltensweisen ändern, sondern breitere Verhaltensmuster. Diese Muster sind verankert in kognitiven Stilen und Einstellungen. Es geht also bei der Therapie um die Entwicklung der Selbstkontrolle und Selbststeuerung.



Diese sind eine Funktion verschiedenartiger Verhaltensmöglichkeiten zur Auseinandersetzung, die in verschiedenen Situationen aktiviert werden.

### Trainingsmethoden zur Auseinandersetzung mit Problemen

Nachdem Meichenbaum über verschiedene Trainingsprogramme zu Auseinandersetzungsformen des Verhaltens referiert hat, faßt er deren allgemeine Behandlungsaspekte zusammen. Sie umfassen:

- 1) Der Klient wird über den Beitrag von kognitiven Prozessen für die Darstellung des Problems unterrichtet und zum selbständigen Aufdecken dieser Prozesse angeleitet. Der Klient erfährt, daß die Art und Weise, wie er eine Situation kennzeichnet und bewertet, seine darauffolgende Gefühlsreaktion bestimmt.
- 2) Der Klient wird angehalten, bildliche Vorstellungen und an sich selbst gerichtete Aussagen systematisch zu beachten und mit ihnen gedanklich und auf beobachtbare Weise umzugehen. Dabei soll der Klient fehlangepaßtes Verhalten selbständig registrieren.
- 3) Der Klient wird mit den Grundsätzen des Problemlösens vertraut gemacht: Problemerkennung, Sichtweise und Bewertung der Situation, Vorwegnahme der Folgen, veränderte Perspektive, Veränderung des Verhaltens, Bewerten der Rückmeldung.
- 4) Der Klient soll an sich gerichtete Aussagen und bildliche Vorstellungen modellhaft vorführen und damit wieder gedanklich und auf beobachtbare Weise umgehen.
- 5) Der Klient soll positive Selbstbewertungen, Fähigkeiten zur Auseinandersetzung mit Problemen, Konzentration der Aufmerksamkeit modellieren und üben.
- 6) Der Klient soll verschiedene Methoden der Verhaltenstherapie anwenden: Entspannungstraining, das Training vorgestellter Auseinandersetzung, Verhaltensübungen.
- 7) Der Klient soll in der konkreten Lebenssituation Verhaltensweisen und Verhaltensbedingungen angeben können, die zunehmend bedeutsam werden.

Es ist erforderlich, für die Vermittlung von Auseinandersetzungsformen des Verhaltens ein komplexes, auf verschiedenen Ebenen wirkendes Trainingsverfahren zum Einsatz zu bringen. Das Verfahren muß flexibel sein, damit es auf verschiedene Situationen und Personen anwendbar ist. Wichtig ist dabei noch, daß die Klienten lernen, sich dosiert mit den bedrohlichen Situationen

zu beschäftigen. Fehlangepaßte Personen neigen dazu, sich nach dem Alles-oder-nichts-Prinzip zu verhalten: Entweder schotten sie das Bewußtsein gegenüber Bedrohung vollständig ab oder sie setzen sich der Bedrohung in ihrer vollen Intensität aus. Wir lernen, den Streß zu bewältigen, wenn wir uns schrittweise fortschreitend mit kleinen, bewältigbaren Streßeinheiten auseinandersetzen. Oft brauchen wir zur Bewältigung einer schwierigen Situation gewisse Vorerfahrungen, wie es in ähnlicher Weise bei der Immunisierung durch die Streßimpfung gegeben ist. Melchenbaum hat bei seiner Methode der Streßimpfung die bisher vorliegenden Anregungen verarbeitet.

### Methoden der Streßimpfung

Das Training nach dem Prinzip der Streßimpfung gliedert sich in drei Phasen. In der ersten Phase wird der Klient mit dem theoretischen Bezugsrahmen - den Grunderkenntnissen der Kognitiven Therapie - vertraut gemacht. Der Klient soll dadurch die Eigenart seines Verhaltens unter Streßbedingungen verstehen. In der zweiten Phase wird der Klient mit einer Reihe von Verhaltensformen vertraut gemacht, die ihn dazu befähigen, sich auf der Kognitions- und der Verhaltensebene mit Problemen auseinanderzusetzen und diese Auseinandersetzung zu üben. In der dritten Phase erhält der Klient Gelegenheit, seine Fähigkeiten der Auseinandersetzung unter verschiedenartigen Streßbedingungen einzusetzen.

#### 1) Die Phase der Unterweisung

Um den Klienten von Anfang an in das Therapiekonzept einzubeziehen, bedarf er einiger grundsätzlicher Informationen über die der Therapie zugrundeliegenden Erkenntnisse. Die vermittelten Informationen sollten dem Klienten plausibel erscheinen, so daß er sie bei seinem Bemühen um Problembewältigung zuversichtlich einsetzen und anwenden kann.

Dem Klienten soll die Logik des Trainingsvorgangs verständlich sein. Bei dem Training stützt sich Melchenbaum vor allem auf Schachters Gefühlstheorie und Melzaks Schmerztheorie. Der Klient

soll mit der Einführung und dem Vertrautmachen der hier vorliegenden Erkenntnisse ermutigt werden, seine Probleme aus einer weiterführenden Perspektive zu betrachten. Diese einführenden Informationsmaßnahmen sind auch für die Entwicklung einer guten Zusammenarbeit zwischen Klient und Therapeut wichtig.

Meichenbaum verdeutlicht sein Vorgehen am Beispiel von Personen mit mehreren Phobien, z. B. Schlangen- und Rattenphobien. Man könnte meinen, daß die Bewältigung solcher Phobien eine unwichtige Angelegenheit bedeute. Doch kann ein Mensch, der sich vor harmlosen Schlangen angstigt, damit in mancherlei Handlungen eingeschränkt sein. Er kann z. B. Wanderungen in der Natur, Camping und ein Picknick im Freien scheuen und vermeiden.

Anfangs schildern die Klienten ihr phobisches Verhalten. Es werden gestufte Folgen der Annäherung an die phobischen Gegenstände erörtert und festgelegt. Der Klient berichtet, wie stark seine Phobien sind und wie lange sie bestehen. In der Diskussion wird über die Gefühlserlebnisse des Klienten, über seine Gedanken bei der Begegnung mit den phobischen Gegenständen und darüber, wie der Klient sich gegenwärtig allgemein mit Streßbedingungen auseinandersetzt, mit seinen phobischen Gegenständen im besonderen, gesprochen. Um dem Klienten zu helfen, die Eigenart seiner Gedanken und Empfindungen gegenüber den phobischen Objekten zu ergründen, fordert man ihn auf, seine Augen zu schließen und einen Film ablaufen zu lassen, der seine Gedanken und Gefühle zeigt, die ihn vor, während und nach der Annäherungsaufgabe überkommen.

Anschließend erklärt der Therapeut die Angst des Klienten nach dem Modell der Gefühlserregung von Schachter. Der Therapeut weist den Klienten darauf hin, daß dessen Furchtreaktionen zwei Hauptelemente enthalten, einmal die erhöhte Erregung mit ihren Symptomen der Herzfrequenzbeschleunigung, der schwitzenden Hände, des schnellen Atmens, der körperlichen Anspannung usw. und zum anderen die Ansammlung von angstausslösenden Vermeidungsgedanken mit ihren Äußerungen, wie Entwicklung von Abscheu, Gefühl der Hilflosigkeit, Panikempfindungen bei Gedanken, durch die Angst überwältigt zu werden, Bedürfnis zu fliehen, Verlegenheit in sozialen Situationen, die Angst, verrückt

zu werden usw.

Der Klient erfährt, daß seine Selbstaussagen, die bei der Wahrnehmung der Erregung auftreten, die ersten Anzeichen eines emotionalen Vermeidungsverhaltens sind. Der Klient erfährt dann, daß sich die Behandlung auf zwei Punkte konzentrieren wird: dem Klienten zur Kontrolle seiner physiologischen Erregungen zu verhelfen und die an sich selbst gerichteten Äußerungen zu verändern, die den Klienten gewöhnlich unter Streßbedingungen beschäftigen.

Die Unterweisung schließt mit einer Diskussion ab. Der Klient wird ermutigt, sein Verhalten unter phobischen Bedingungen oder Streß als eine Folge von Phasen zu betrachten und nicht als eine phobische Totalreaktion. Es werden vier Phasen angenommen:

- Vorbereiten auf eine Streßsituation,
- Konfrontation und Beschäftigung mit der Streßsituation,
- eventuelle Überwältigung durch die Streßbedingungen und
- Belohnung für die Auseinandersetzung mit den Streßbedingungen.

Die dritte Phase wurde hereingenommen, um dem Klienten zu helfen, sich mit dieser Möglichkeit auseinanderzusetzen und die Furcht vor dem Kontrollverlust zu 'zerstreuen'.

## 2) Die Übungsphase

Der Klient wird hier mit den verschiedenen Methoden der Auseinandersetzung mit Problemen vertraut gemacht. Sie sind auf den unterschiedlichen Stufen des Auseinandersetzungsprozesses anzuwenden. Sie beziehen sich auf unmittelbares Handeln und auf Formen der gedanklichen Auseinandersetzung.

Zum unmittelbaren Handeln gehören das Sammeln von Informationen über die phobischen Gegenstände, das Vorsehen von Fluchtwegen und das Erlernen von Übungen zur körperlichen Entspannung und damit zur Verringerung der physiologischen Erregung. Der Klient erfährt, daß die Entspannungsübungen in Angst hervorruffenden Situationen die negativen Selbstaussagen löscht, weil er gegen sein Unbehagen etwas Positives unternimmt (z. B. sich entspannt). Neben Entspannungs- und Entspannungsübungen kommt dem kontrollierten Atmen eine besondere Bedeutung zu,

das sich auf Herzfrequenz und die begleitenden Angstgefühle auswirkt.

Die gedankliche Auseinandersetzung ist deshalb wichtig, weil angepaßtes und fehlangepaßtes Verhalten durch eine Folge von Aussagen mitgesteuert wird, die der Klient an sich richtet. Begriffe, wie Bewertung, Erwartung, Ursachenzuschreibung und Selbstwahrnehmung werden in spezifische Selbstanweisungen übersetzt. Um den inneren Dialog des Klienten zu ändern, wird er dazu angeleitet, sich der negativen, Angst hervorrufenden, selbstzerstörerischen Äußerungen bewußt zu werden, die er in phobischen Situationen an sich richtet; außerdem muß er diese negativen Gedanken für sich selbst registrieren. Sobald der Klient das Auftauchen negativer Gedanken bemerkt, ist dies für ihn ein Anlaß, sich damit unvereinbare Selbstanweisungen zu geben, durch die er sich mit dem Problem auseinandersetzt.

Die Selbstanweisungen ermuntern den Klienten:

- die Wirklichkeit der Situation zu kennzeichnen,
- negative Gedanken und Vorstellungen zu kontrollieren,
- die von ihm empfundene Erregung zu akzeptieren, einzusetzen und erneut zu kennzeichnen,
- sich seelisch zu stärken, um phobischen Situationen begegnen zu können,
- über seine Handlungen nachzudenken und sich für den Versuch der Bewältigung zu belohnen.

#### Methoden der Streßimpfung

Beispiele für Auseinandersetzungsformen der Selbstanweisung, die im Training nach dem Prinzip der Streßimpfung geübt wurden

---

##### Vorbereitung auf eine Streßbedingung

Was hast du zu tun?

Du kannst einen Plan aufstellen, um dich damit auseinanderzusetzen.

Denke einfach darüber nach, was du damit machen kannst.

Das ist besser, als Angst zu bekommen.

Keine negativen Äußerungen an sich selbst richten: Nur vernünftig denken.

Mache dir keine Sorgen; Kummer nützt überhaupt nichts.

Vielleicht ist das, was du für Angst hältst, der drängende Wunsch, der Streßbedingung zu begegnen.



*Auf die Streßbedingung stoßen und sich mit ihr beschäftigen*

Du mußt dich nur „seelisch aufrüsten“ – du kannst dich der Herausforderung stellen.

Du kannst selbst zur Überzeugung gelangen, es zu tun. Du kannst deine Furcht mit dem Verstand überwinden.

Mache jeweils nur einen Schritt: du kannst mit der Situation zurechtkommen. Denke nicht über die Furcht nach; nur über das, was du zu tun hast. Bleibe beim Wesentlichen.

Der Arzt sagte, daß es genau diese Angst ist, die du haben wirst. Es soll dich daran erinnern, die Übungen zur Auseinandersetzung mit dem Problem anzuwenden.

Die Anspannung kann ein Verbündeter sein; ein Hinweis, sich mit dem Problem auseinanderzusetzen.

Entspanne dich; du hast dich unter Kontrolle. Atme einmal tief durch. So ist es gut.

*Sich mit dem Gefühl des Überwältigt-Werdens auseinandersetzen*

Mache eine Pause, wenn sich die Furcht einstellt.

Konzentriere dich auf das Jetzt: Was hast du zu tun?

Bewerte deine Angst zwischen 0 und 10 und beobachte die Veränderung.

Erwartungsgemäß müßte deine Furcht zunehmen.

Versuche nicht, die Furcht völlig zu unterdrücken; nur soweit, daß du damit zurechtkommst.

*Selbstanweisungen zum Zweck der Belohnung*

Es hat geklappt; du hast es geschafft.

Warte nur, bis du deinem Therapeuten (oder deiner Gruppe) davon erzählen kannst.

Es war gar nicht so schlimm, wie du geglaubt hast.

Du hast mehr Aufhebens aus der Furcht gemacht, als dafürsprach.

Deine verdammt Ideen – das ist das Problem. Wenn du sie unter Kontrolle hast, kontrollierst du deine Furcht.

Jedesmal, wenn du die Methoden anwendest, wird es besser.

Du kannst mit deinen Fortschritten zufrieden sein.

Du hast es geschafft!

### 3) Das Anwendungstraining

Wenn der Klient die Fähigkeiten der Auseinandersetzung auf der Verhaltens- und der Kognitionsebene beherrscht, schlägt der Therapeut vor, daß der Klient sie unter Beweis stellt und unter anderen Streßbedingungen als jene der phobischen Situation einsetzt. "Beim Vorgehen nach dem Prinzip der Streßimpfung veränderte der multiphobische Klient die Wahrnehmung seiner Bedingungen; er gelangte von der Perspektive der 'erlernten Hilflosigkeit' zum 'erlernten Hilfsmittelreichtum'." (M., S. 156)

Die Methode der Streßimmunisierung kann bei allen belastenden Situationen eingesetzt werden, so z. B. bei der Geburtserleichterung. Die Gebärende wird angehalten, sich gedanklich mit der Entspannung von spezifischen Muskeln und der Durchführung von Atemübungen während der Wehen zu beschäftigen.

Dadurch wird die Schmerzempfindung abgeschwächt.

Im Zusammenhang mit der Methode der Streßimmunisierung geht Meichenbaum auch auf die Traktate des sogenannten positiven Denkens ein. Er kritisiert, daß einfache Formeln und ihre mechanische Reproduktion kein Mittel der Auseinandersetzung sein können, also letztlich wirkungslos bleiben. "Diese Art von Selbstanweisung ist ... zum Scheitern verurteilt. Einige Gründe für das Scheitern ergeben sich aus logischen und experimentellen Untersuchungen. In erster Linie sind die Selbstanweisungen des Klienten zu allgemein und zu vage, nur unzureichend auf den einzelnen zugeschnitten ... Überdies sind sehr allgemeine Selbstanweisungen für situative Bedingungen mit hoher Wahrscheinlichkeit unspezifisch und beziehen kaum damit in Zusammenhang stehende Belohnungen und Bestrafungen ein, die angemessenes Verhalten in bezug auf die Selbstanweisungen verstärken würden und unangemessenes Verhalten abschwächen. Wenn man sich selbst das 'Richtige' sagt, so reicht das noch nicht ... für eine Veränderung aus. Man muß die Selbstanweisungen abgestuft in wirklichen Situationen ausprobieren, die, wie die Kriteriums-aufgabe, wirkliche Bedrohungen darstellen." (M., S.158 f.)

Die Anwendung des Streßimpfungstrainings bei der Kontrolle von Ärger und Wut

Ein besonderes Streßimpfungstraining wurde von Novaco entwickelt (Novaco, R.: Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment. Lexington/Mass. 1975). Die Methode ist darauf abgestellt, Personen in der Handhabung von Provokationen und in der Steuerung von Wutausbrüchen, wie sie Menschen mit chronischer Verärgerung haben, zu befähigen. Wut und Ärger sind nach Novaco als eine Gefühlsreaktion auf Provokationen zu verstehen, die durch drei Verhaltensmodalitäten zu kennzeichnen ist: einer kognitiven, einer somatisch-affektiven und einer im engeren Sinne verhaltensbezogenen Modalität.

"Auf der kognitiven Ebene ist Wut bzw. Ärger eine Funktion von Einschätzungen, Zuschreibungen, Erwartungen, Aussagen, die man an sich selbst richtet, und von Vorstellungen, die im Zusammenhang mit Provokationen auftreten. Innerhalb der somatisch-affektiven Ebene werden Ärger oder Wut durch Anspannung und Unruhe vorangetrieben und verstärkt. Deshalb kann angesammelte physiologische Anspannung das Wutverhalten potenzieren; das gegen den anderen gerichtete, daraus resultierende zwischenmenschliche Verhalten kann die Folge der Provokation bis zum Höhepunkt treiben.

In bezug auf die verhaltensbezogene Modalität können der Rückzug aus der Situation und die Wendung gegen den anderen zum Ärger beitragen; ersteres dadurch, indem es das Gereizt-Sein unverändert läßt, letzteres, indem es die Folge der Provokation vorwärts treibt und für weitere Hinweise sorgt, über die die Person in Wut gerät." (M., S. 159 f.)

Zunächst spricht der Therapeut mit dem Klienten über die Dauer und das Ausmaß seiner Ärgerprobleme. In der Situationsanalyse werden dem Klienten die besonderen Gesichtspunkte von Provokationen, die Verärgerung hervorrufen, verdeutlicht. Zugleich werden hierbei die Gedanken und Empfindungen erkundet, welche der Klient bei provozierenden Begegnungen durchlebt. Erleichtert wird diese Selbsterforschung dadurch, daß man den Klienten veranlaßt, jüngere Erfahrungen mit Ärger in Form von stellvertretenden Vorstellungen nochmals zu durchleben. Er hat dabei die Augen zu schließen, soll die Provokation wie einen Film ablaufen lassen und über seine Gefühle und Gedanken berichten.

Novaco macht den Klienten damit vertraut, daß der von ihm empfundene Ärger durch seine eigenen Gedanken beeinflusst wird, d. h. durch das, was er selbst zu sich sagt. Durch die Aussagen an sich selbst wird der Ärger des Klienten in der provozierenden Situation ausgelöst, aufrechterhalten und aufgeladen.

Im Anschluß daran wird der Klient über die Funktionen von Wut und Ärger informiert. Besonders zu beachten sind die Funktion der

Selbstverteidigung und die Funktion des Beziehungsabbruchs. Das, was der Klient als Provokation wahrnimmt und der Inhalt seiner an sich gerichteten Aussagen beeinflussen seine Ärgerreaktion. Die negativen, an sich gerichteten Aussagen führen zu einer intoleranten Einstellung gegenüber Fehlern, zur Überzeugung von der Notwendigkeit, Erfolg zu haben und Vergeltung zu üben. Der Klient sieht sich in seinem Selbstwertgefühl bedroht.

Die Ärgerreaktion setzt sich also aus zwei Komponenten zusammen: aus Gefühlserregung und gedanklicher Tätigkeit (Bewertungen, Vorstellungen, Vermutungen, Zuschreibungen). Die Therapie hat danach nach dem Muster der Streßimpfung zu verlaufen:

- Unterweisung des Klienten in der Anwendung von Entspannung, um ihn in die Lage zu versetzen, die Spannung zu verringern und sich kognitiv zu kontrollieren.
- Durch das kognitive Training soll sich der Klient seiner negativen, Ärger hervorrufenden, an sich gerichteten Aussagen bewußt werden, die er bei Provokationen äußert.

Auf diese Weise lernt der Klient, eine Analyse der Situation im Hinblick auf Ärger auslösende Aspekte durchzuführen und sich eine Reihe von verfügbaren kognitiven Alternativen und Verhaltensformen zu überlegen.

Um das Verständnis des Klienten begrifflich zu festigen und um zu erreichen, daß Entspannung und kognitive Fähigkeiten beherrscht werden, hat der Klient anfangs Hausaufgaben zu erledigen. Er hat

- auf die an sich gerichteten Aussagen zu achten, die mit Ärger zusammenhängen,
- Analysen von Ärger hervorrufenden Situationen durchzuführen,
- diese Situationen in eine hierarchische Ordnung zu bringen.

In den Sitzungen übt der Klient gedanklich die Auseinandersetzung mit den aufgelisteten Provokationen. Der Klient stellt sich vor, wie er manchmal die Kontrolle über sich verloren hat, jetzt aber weiß, daß die Erregung, die zum Kontrollverlust führt, ein Hinweis auf die Anwendung der Methode der Auseinandersetzung ist.

Der Klient eignet sich mehr Wissen über die verschiedenen Muster seines Ärgerverhaltens an:

Er lernt dabei, zwischen Ereignissen zu unterscheiden, bei denen der Ärger gerechtfertigt und angemessen ist bzw. nicht.

Er lernt weiter, wie man den Ärger in einer sozial akzeptierten Weise äußern kann und nicht seine Äußerung eventuell unterdrücken soll.

Der Klient erfährt so, wie man von einem besonderen Vorfall Abstand gewinnen und die Rolle eines außenstehenden Beobachters übernehmen kann.

Der Klient lernt, sich bei der Begegnung mit einer Provokation aufgabenorientiert zu verhalten, also die Provokation nicht als eine Bedrohung, sondern als eine Aufgabe zum Lösen anzusehen. Der Klient konzentriert damit seine Aufmerksamkeit auf eine Sache und verhindert so die Eskalation aufeinanderfolgender Provokation.

Meichenbaum geht noch auf eine Fallstudie bei einem 38 Jahre alten männlichen Patienten ein, dessen Diagnose 'depressive Neurose mit wiederkehrenden Selbstmordgedanken und Gefühlen der Wertlosigkeit und Unzulänglichkeit' lautete. Die Geschichte des Patienten - er war verheiratet, Vater von sechs Kindern, arbeitete als Kreditmanager - war durch Schwierigkeiten gekennzeichnet, seinen Ärger unter Kontrolle zu halten. Die Anspannung während der Arbeit häufte sich, und zu Hause machte er sich Luft. Die Auseinandersetzungen zu Hause führten zu Streitereien und körperlichen Mißhandlungen mit der Folge, daß einer der Söhne des Patienten das Haus verließ. Man behandelte den Klienten in fünfzehn Sitzungen nach dem Streßimpfungstraining; die Ergebnisse waren beeindruckend. Eine Vielfalt von Quellen, eingeschlossen ein Tagebuch über Ärgerverhalten, Berichte von wichtigen anderen Personen und Beobachtungsdaten, belegt die Veränderungen. Nach dem Streßimpfungstraining konnte der Patient auch bei Provokationen seinen Ärger unter Kontrolle halten (Novaco, R.: Stress inoculation: A cognitive therapy for anger and its application to depression. Unpubl. manuscript. Univ. of Calif. 1975, zit. bei M. S. 166).



Novaco gibt einige Hinweise für Selbstanweisungen beim Streßimpfungstraining zur Kontrolle der Ärgerreaktionen.

#### Vorbereitung auf die Provokation:

- Es kann mich aus der Fassung bringen, aber ich weiß, wie ich damit zurechtkomme.
- Ich kann die Situation bewältigen. Ich weiß, wie ich meinen Ärger unter Kontrolle bringen kann.
- Wenn ich merke, daß ich außer Fassung gerate, weiß ich, was ich zu tun habe.
- Es ist Zeit für ein paar tiefe Atemzüge der Entspannung.
- Fühle dich bequem, entspannt und erleichtert.

#### Auftreten der Provokation und Begegnung mit ihr:

- Bleibe ruhig. Mache nur weiter mit der Entspannung.
- Solange ich mich kühl gebe, habe ich mich unter Kontrolle.
- Ich lasse mich von ihm nicht rumkriegen.
- Es gibt keinen Grund, an mir zu zweifeln. Es ist gleichgültig, was er sagt.
- Ich stehe über der Situation; und sie ist unter Kontrolle.

#### Auseinandersetzung mit der Erregung:

- Ich fühle, daß meine Muskeln sich zu verkrampfen beginnen. Es ist Zeit, sich zu entspannen und kürzer zu treten.
- Es hat keinen Sinn, sich so zu ärgern.
- Meine Verärgerung signalisiert mir, was ich zu tun habe. Ich sollte mir jetzt Selbstanweisungen geben. Ich werde nicht durcheinander geraten.
- Vielleicht will er, daß ich mich ärgere. Gut, ich werde ihn enttäuschen.
- Ich kann nicht erwarten, daß die Leute sich so verhalten, wie ich es wünsche.

#### Überdenken der Provokation:

##### 1) Wenn der Konflikt ungelöst bleibt:

- Vergeiß den Ärger. Darüber nachzudenken bringt dich nur in Fahrt.
- Das sind schwierige Situationen, man braucht Zeit, um sich zu fangen.
- Versuche, es abzuschütteln. Laß es nicht dazu kommen, daß es dich bei der Arbeit stört.

2) Wenn der Konflikt gelöst bzw. die Auseinandersetzung erfolgreich ist:

- Ich habe die Sache gut hingekriegt.
- Es hätte viel schlimmer sein können.
- Ich habe es tatsächlich ohne Verärgerung überstanden.

Meichenbaum hat auch ein Stoßimpfungstraining in bezug auf die Schmerztoleranz entwickelt.

Zur Erklärung des Schmerzes wurde von ihm die gate-control-Theorie des Schmerzes von Melzack & Wall (1965) herangezogen. Diese geht von der Annahme aus, daß die Schmerzempfindung aus drei unterschiedlichen Komponenten besteht, nämlich einer sensorisch-diskriminativen, einer motivational-affektiven und einer kognitiv-evaluativen Komponente (Melzack, R. u. Wall, P.D.: Schmerzmechanismen. Eine neue Theorie. In: Fortschr. d. Klin.Psychol. 27, Mchn. 1982, S. 18-29).

In der Therapie wird die Schmerzkontrolle im Zusammenhang mit den anderen schon angeführten Strategien behandelt; sie ist Teil des Entspannungs-, Vorstellungs- und Selbstanweisungs-trainings, wird jedoch in dieser Arbeit nicht weiter behandelt.

##### 5. Die Methoden der kognitiven Rekonstruktion (Umstrukturierung)

In der Kognitiven Verhaltenstherapie spielt die kognitive Rekonstruktion eine wichtige Rolle. Es geht darum, das Denken des Klienten, seine Einstellungen und Annahmen, die dem Denkprozeß zugrunde liegen, zu verändern. Besondere Beachtung erfahren die das fehlgelenkte Denken kennzeichnenden irrationalen Schlußfolgerungen.

Für den kognitiven Therapeuten "ist psychische Krankheit grundsätzlich eine Störung des Denkens - der Patient verzerrt die Wirklichkeit dauernd auf eine krankhafte Weise und/oder landet

bei widersinnigen Schlußfolgerungen in bezug auf seine Fähigkeit, mit seiner Umwelt zurechtzukommen. In einer für den Patienten nachteiligen Art beeinflussen seine verzerrten Gedankengänge seine Sicht der Dinge und führen zu unangenehmen Gefühlen und Verhaltensproblemen. Der kognitive Therapeut hilft dem Klienten, besondere Mißverständnisse, Verzerrungen und fehlangepaßte Ursachenzuschreibungen zu erkennen und ihre Gültigkeit und das Vernünftige daran zu prüfen." (M., S. 183)

Das Denken spiegelt sich in den an sich selbst gerichteten Aussagen des Klienten. Dem fehlorientierten Denken entsprechen selbstschädigende Selbstaussagen. In der Therapie wird ein Lernprozeß in Gang gesetzt, durch den der Klient die Fähigkeit erwirbt, mit sich in angemessener Weise zu sprechen, um so sein Verhalten in gleicher Weise zu steuern. Der kognitive Therapeut achtet also auf die Sprache des Klienten, die ist der differenzierteste Ausdruck seiner Befindlichkeit und Aktivität. Sie gibt ihm auch Auskunft über die Fortschritte der Therapie, den Abbau irrationaler Überzeugungen, fehlerhafter Denkstile und unzureichender Problemlösungen und Bewältigungen.

Meichenbaum ergänzt seine Ausführungen durch den Hinweis auf verwandte Gedankengänge bei Ellis, Beck und Goldfried. Die Ergebnisse dieser drei Autoren werden an anderer Stelle ausführlich dargestellt. Es ist aber doch interessant zu sehen, welche Aspekte Meichenbaum bei ihnen besonders herausstellt:

Gedanken und Vorstellungen als Beispiele für irrationale Überzeugungsstrukturen (Ellis)

Nach der rational-emotiven Therapie (RET) von Ellis sind die Leidenserlebnisse auf das irrationale Vorgehen, mit denen die Menschen die Welt gedanklich aufbauen, also auf die Voraussetzungen, die sie machen, zurückzuführen. Die Voraussetzungen führen zu einem gegen sich selbst gerichteten inneren Dialog und zu Selbstanweisungen, deren Auswirkungen im Gegensatz zu ihren fundamentalen Interessen stehen.

Die Aufgabenstellung der RET-Therapeuten ist von dreifacher Art:

- Er muß die äußeren Ereignisse festhalten, die den Klienten aus der Bahn werfen (Verhaltensanlässe und -auslöser).
- Er muß die spezifischen gedanklichen Muster und die dahinter stehenden Überzeugungen bestimmen, die das innere Verhalten auf diese Ereignisse bedingen und Anlaß für die negativen Gefühls-erlebnisse und das fehlangepaßte äußere Verhalten sind. Zugang zu seinen Überzeugungen und irrationalen Annahmen findet der Klient, wenn er auf seine Selbstgespräche und Selbstanweisungen - besonders beim Umgang mit anderen - zu achten beginnt. So erkennt er z. B., daß er meint, er müsse von allen Menschen, die er kennt, anerkannt und geliebt werden; falls dies nicht geschehe, sei dies schlimm.
- Er muß dem Klienten bei der Veränderung dieser Überzeugungen und gedanklichen Muster helfen, indem er ihn auffordert, die Gedanken, die zu seinen Fehlwahrnehmungen und dem Fehlverhalten führen, zu überprüfen.

Die Vorstellungen, wie z. B. die, 'man müsse von allen, die man kennt, geschätzt werden', drücken aus, daß der Klient sein Selbstwertgefühl grundsätzlich auf andere stützt. Dies wird durch den Mußcharakter der Aussagen unterstrichen, besonders aber auch dadurch, daß der Klient meint, die Nichterfüllung seines Verlangens sei für ihn ein schweres Unglück, eine Niederlage, die ihn dann zu einer weiteren Schlußfolgerung führt, daß er selbst nichts wert sei.

Der Klient erkennt bald, daß sein fehlangepaßtes Verhalten und seine emotionale Störung Ausdruck einer Bindung an irrationale Überzeugungen sind. Er lernt, die irrationalen Überzeugungen durch rationale zu ersetzen: 'Sicher ist es angenehm, die Zuneigung und Anerkennung anderer zu erhalten, aber ohne sie kann ich mich immer noch selbst akzeptieren und mich über mich freuen'.

Die Klienten, die zur Therapie kommen, haben zumeist bisher nicht auf ihre inneren Dialoge geachtet. Sie wissen oft nicht, daß sie absichtlich mit sich sprechen, wenn sie in einer konkreten Situation stehen. Die Überzeugungen haben Gewohnheitscharakter, bleiben als automatisierte Denkabläufe im Hintergrund des Erlebens.

...

"Darüber hinaus nehmen die kognitiven Fehlanpassungen des Patienten eher eine bildliche Gestalt an, die anstelle einer sprachlichen Form tritt oder eine sprachliche Form zumindest ergänzt ... So entdeckte z. B. eine Frau, die Angst hatte, allein spazieren zu gehen, daß ihre Angstphasen nach bildlichen Vorstellungen auftraten, in denen sie unter Herzattacken litt und sich allein gelassen fühlte. - Eine Studentin in einem College entdeckte, daß ihre Angst beim Verlassen des Schlafsaales durch bildliche Phantasien, sie werde angegriffen, ausgelöst wurde. Solche krankhaften Gewohnheitsvorstellungen (ob in bildlicher oder in sprachlicher Form) laufen in der Regel sehr schnell ab und beinhalten häufig einen ausgearbeiteten Gedanken, der sich zu einigen Sekunden oder weniger verdichtet." (M. S. 187)

Derartige Vorstellungen erscheinen dem Klienten gar nicht als unrealistisch, sondern als plausibel.

Der Therapeut weist den Klienten auf seine negativen Selbstanweisungen und Vorstellungen hin. Dabei hilft er ihm, die Aspekte solcher Denkgewohnheiten zu erkennen: das Hervorrufen von Angst, die Programmierung der Niederlage im Sinne der sich selbst erfüllenden Prophezeiung.

- Der Klient beginnt, die Selbstaussagen als mögliche Ursache für seine Gefühlsirritation und seine Verhaltensschwierigkeit in Betracht zu ziehen.
- Der Klient entwickelt in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten ein begriffliches Verständnis seines Problems.
- Der Klient ist bereit, sein Erleben und Verhalten als durch Selbstanweisungen beeinflusst und durch sie veränderbar zu sehen.
- Der Klient erhält vom Therapeuten Hausaufgaben. Er soll beachten, wie seine Gedanken und Vorstellungen zur Entwicklung seines Fehlverhaltens beitragen (Situationsanalysen).
- Der Klient erwirbt auf diese Weise ein Verständnis für die kognitive Psychotherapie und die Anweisungen des Therapeuten.

Meichenbaum weist darauf hin, daß alle Menschen hin und wieder irrationale Überzeugungen haben. Die irrationalen Überzeugungen sind nach ihm nicht Unterscheidungskriterium zwischen gesunden und therapiebedürftigen Klienten.



"Was klinische und nichtklinische Gruppen unterscheiden mag, ist das, was nicht klinische Personen gegenüber sich selbst über die irrationalen Überzeugungen meinen, was sie als Bewältigungstechniken anwenden. Mit anderen Worten: nicht das Fehlen von irrationalen Gedanken als solchen kennzeichnet normale Gruppen oder bestimmt die Zeit der 'Genesung' nach emotionaler Überwältigung, sondern viel eher das Paket von Bewältigungstechniken, die zur Auseinandersetzung mit solchen Gedanken und Gefühlen eingesetzt werden. Der Nichtpatient mag eher in der Lage sein, derartige Vorfälle 'in Teile zu zerlegen' und Bewältigungstechniken wie Humor, Rationalität anzuwenden oder, wie ich es mir zu sagen angewöhnt habe, 'kreative Unterdrückung'." (M., S. 190)

#### Gedanken und Vorstellungen als Beispiele fehlerhafter Denkstile (Beck)

Beck befaßt sich mit den stilistischen Eigenschaften der kognitiven Prozesse bei den Klienten. Er versucht, seinen (depressiven) Klienten die Verzerrungen in ihren gedanklichen Strukturen bewußt zu machen. Diese Verzerrungen sind:

- das willkürliche Schlußfolgern. Es werden Schlüsse gezogen, obwohl offensichtlich nichts dafür spricht oder Tatsachen angeführt, die gegenteilige Schlußfolgerungen nahelegen;
- Verherrlichen. Man übertreibt die Bedeutung eines Ereignisses;
- unzulängliches, gedankliches Verarbeiten. Man läßt wichtige Gesichtspunkte der realen Lebenssituation außer acht;
- Denken in Schwarz-Weiß-Kategorien. Ereignisse werden übertrieben vereinfacht und rigide als gut oder schlecht, falsch oder richtig angenommen;
- übertriebenes Verallgemeinern. Ein einzelnes Beispiel, etwa Mißerfolg in bestimmter Situation, wird als Ausdruck vollkommener Unfähigkeit der Person betrachtet, so daß man dadurch eine irreführende Regel aufstellt.

"Solche kognitiven Verzerrungen führen dazu, daß der Klient Konsequenzen selektiv erfaßt und ungenau vorwegnimmt. Die Therapie von Beck zielt darauf ab, daß der Klient solche stilistischen Eigenschaften erkennt; auf diese Weise vermag er seine affektiven Erlebnisse und fehlangepaßten Verhaltensweisen als Ergebnis seiner besonderen gedanklichen Prozesse zu begreifen - als Ergebnis von gedanklichen Prozessen, die er selbst ändern und steuern kann." (M. S. 191)

Zusammengefaßt läßt sich die Beck'sche Konzeption wie folgt charakterisieren:

- 1) Dem Klienten wird geholfen, seine Fähigkeiten und Ursachenzuschreibungen realistisch einzuschätzen. Die Bedeutung negativer Selbstbeurteilungen wird hervorgehoben.
- 2) Der Klient hat eine Liste über seine Tätigkeiten zu führen. Diese Arbeit soll den Klienten veranlassen, sich genauer mit sich selbst zu befassen. Anhand der Verhaltensdaten kann der Therapeut die Denkstile des Klienten untersuchen und diesem verdeutlichen.
- 3) Der Klient wird darin unterwiesen, seine kognitiven Prozesse und die Beziehungen zwischen Gedanken und Gefühlen zu erkennen und zu beachten. Dabei wird dem Klienten klar, daß komplexe Gefühle das Produkt vorlaufender Gedanken sind.
- 4) Die Gültigkeit der Grundlage der negativen Gedanken und Vorstellungen wird hinterfragt. Die heimlichen Annahmen und Überzeugungsstrukturen werden bei dem Versuch, ihre Berechtigung zu prüfen, in ihrer destruktiven Wirkung erkannt.
- 5) Nachdem der Klient anhand der gesammelten Daten erkannt hat, daß seine Interpretation der Alltagserfahrung unrealistisch ist, lernt er, angemessene Perspektiven aufzugreifen, damit sich selbst und sein Verhalten in wirklichkeitsentsprechender Weise zu steuern. Mit der Veränderung der Kognitionen und des Fehlverhaltens werden Bewältigungsfähigkeiten aufgebaut.

Gedanken und Vorstellungen als Beispiele für Problemlösungs- und Bewältigungsfähigkeiten (Goldfried)

Die kognitiven Therapien achten vorzugsweise auf das, was die Klienten 'wahr'-nehmen und denken;

Ellis und Beck achten auf das Vorhandensein von irrationalen Überzeugungen und fehlangepaßten Selbstanweisungen;

Goldfried, dessen Konzeption wir noch besprechen, achtet auf die Beeinträchtigung bzw. den Ausfall der Fähigkeiten zur Problemlösung.

Der Klient soll seine Situation als eine Problemlage sehen; er soll lernen, wie man das Problem kennzeichnet, wie man alternative Lösungen entwickelt, einen Lösungsweg auswählt, den erfolgreichen Ausgang des Lösungsprozesses überprüft und bestätigt. Mit dem Problemlösen lernt der Klient zugleich, schwierige Situationen zu bewältigen.

Bei der Erörterung der kognitiven Verhaltenstherapie von Mahoney im nächsten Kapitel wird in den Abschnitten 3 und 4 auf das Problemlösen und das Training der Bewältigungsfähigkeiten näher eingegangen. Hier soll jedoch der Zusammenhang von Problemanalyse und Fällen von Entscheidungen in den Grundzügen - also ziemlich formalisiert - aufgezeigt werden:

In allen kognitiven Therapien wird der Klient angehalten und angeleitet, sein(e) Problem(e) zu erkennen und zu analysieren und aufgrund dieser Analyse(n) Entscheidungen im Hinblick auf Verhalten und Handeln zu fällen.

Derjenige, der ein Problem analysiert, muß einen zu erwartenden 'Sollzustand' vor Augen haben und ihn mit dem 'Istzustand' vergleichen. Ein Problem ist eine Abweichung von einer Verhaltens- bzw. Leistungsnorm.

Gewöhnlich müssen wir ein Problem aus einer Anzahl von zu lösenden Problemen auswählen, mit dem wir uns dann befassen. Wir tun dies, indem wir eine Rangordnung nach Dringlichkeit, Bedeutung und Auswertungsmöglichkeit schaffen.

Eine Abweichung von einer Norm muß inhaltlich bestimmt und genau beschrieben werden. Dabei sollten wir uns um die Erfassung von vier Eigenschaften bemühen: Gegenstand, örtliches Vorkommen, Zeitpunkt und Ausmaß. Ebenso müssen wir beschreiben, was nicht zum Problem gehört, um so den anzugehenden Bereich genauer zu umreißen.

Die Ursache des Problems ist stets eine Veränderung, die durch ein besonderes Merkmal, eine besondere Erscheinungsform oder einen besonderen Umstand hervorgerufen wurde und eine unerwünschte Wirkung erzeugt. Von Bedeutung und daher in Betracht zu ziehen sind nur solche Veränderungen, die sich direkt auf Besonderheiten der Abweichungen beziehen. Um bedeutsame Veränderungen zu erkennen, müssen wir alle Besonderheiten der Beschreibung des Problems genau beachten.

Die möglichen Ursachen einer Abweichung werden von den Veränderungen abgeleitet, die bei der Analyse der Problems als bedeutend erkannt wurden. Die wahrscheinlichste Ursache einer Abweichung ist jene, die alle in der Beschreibung des Problems auftretenden Tatbestände erklärt.

Wie bei der Problemanalyse so können wir auch beim Fällen von Entscheidungen vernunftbedingte Verfahrensstufen einhalten. Es bestehen aber wesentliche Unterschiede zwischen diesen beiden Prozessen.

Bei der Problemanalyse erhalten wir eine Erklärung, die sich genau bestätigen läßt, denn das Ereignis (die Ursache) hat bereits stattgefunden.

Beim Fällen von Entscheidungen können wir dagegen die Ergebnisse nicht überprüfen, denn die auf die Entscheidung folgenden Maßnahmen erstrecken sich auf die Zukunft.

Wenn eine systematische Feststellung und Bestätigung der Ursache des Problems stattgefunden hat, ist der Klient in der Lage, geeignete Maßnahmen zur vorübergehenden oder dauernden Beseitigung des Problems auszuwählen.

Das Fällen von Entscheidungen muß in Verfahrensstufen erfolgen. Folgende Begriffe sind zu beachten:

- 1) Die Zielsetzung einer Entscheidung muß als erstes festgelegt werden. Wir sollten uns folgende Fragen stellen: Was wollen wir mit der Entscheidung erreichen? Welche Aufgabe soll gelöst werden?
- 2) Die Zielsetzungen sind nach Bedeutung zu gruppieren. Gewisse Bedingungen müssen erfüllt sein, damit wir in unserem Erleben, Verhalten bzw. in der Beziehung vorwärtskommen (Muß-Bedingungen). Wünschenswerte Ziele wären z. B. Abbau leichter Erregbarkeit, Abbau der Hilflosigkeitsvorstellungen, baldige Arbeitsaufnahme, Aufrichtigkeit dem Partner gegenüber, damit Entwicklung von Vertrauen zu ihm u. ä. Die Wunsch-Zielsetzungen werden dann entsprechend ihrer Wichtigkeit und Realisierbarkeit eingestuft und gewichtet.
- 3) So kann z. B. der Abbau der Hilflosigkeitsvorstellungen erst-rangiges Ziel sein, weil von ihnen die Arbeitsunfähigkeit und die leichte Erregbarkeit gestützt wird, das Selbstwertgefühl untergraben und damit die Beziehung zum Partner gestört wird.

## 6. Die Funktion und Struktur des inneren Dialogs

Dem inneren Sprechen oder inneren Dialog kommt in den kognitiven Therapien - wie schon mehrfach festgestellt - eine besondere Bedeutung zu. Klienten lernen in der Therapie, auf andere Weise mit sich zu sprechen.

Im Laufe der Sprachentwicklung gewinnt das Kind die sprachliche Kontrolle über sein Verhalten, indem es die Anweisungen der Erwachsenen übernimmt. Um die Funktion der Selbstanweisungen kennenzulernen, braucht man sich nur die Funktionen klarzumachen, die inter-personale Anweisungen beim Problemlösen erfüllen:

...



- 1) Sie motivieren eine Person, indem sie eine leistungsbezogene Einstellung hervorrufen.
- 2) Sie helfen ihr, den Leistungsmaßstab und die Hauptaspekte der Aufforderungssituation zu erkennen.
- 3) Sie tragen dazu bei, die wichtigsten Fähigkeiten, die zur Durchführung der Aufgabe erforderlich sind, zu erinnern.
- 4) Sie lenken das Denken auf aufgabenbezogene Hypothesen und bringen abweichende Gedanken unter Kontrolle.
- 5) Sie speichern Informationen im Kurzzeitgedächtnis.

Deutlich kommt auch das innere Sprechen bei der Auseinandersetzung mit Streßbedingungen zur Geltung. Zwei Personen, A und B, die im wesentlichen über die gleiche Sprachgewandtheit verfügen, stehen vor der Aufgabe, bei einem bestimmten Anlaß eine öffentliche Rede zu halten. A hat Angst vor dem Sprechen, B kaum. Im Verlaufe der Ansprache beider Redner verlassen einige Zuhörer den Raum. Dieser Vorgang löst bei beiden unterschiedliche Reaktionen aus. A sagt sich wahrscheinlich: Ich langweile die Leute. Ich wußte, daß ich keine Rede halten kann. B sagt etwa: Ziemlich unhöfliche Leute hier oder: Die müssen sicher noch zu einer anderen Veranstaltung.

Ähnlich reagieren Personen mit größerer (A) und geringerer (B) Prüfungsangst. Einige Studenten geben ihre Unterlagen frühzeitig ab. A wird zu beunruhigenden Äußerungen veranlaßt: Ich kann die Aufgaben nicht lösen. Ich werde sicher nicht fertig. B: Die haben sicher wenig gewußt. Hoffentlich schaffen sie noch die Prüfung.

Die Art der Reaktion auf Streß wird zum Großteil dadurch beeinflußt, wie man die Streßsituation einschätzt, welche Ursache man seiner Erregung zuschreibt und wie man die Fähigkeit beurteilt, damit fertig zu werden. Die inneren Dialoge beeinflussen die Aufmerksamkeit und die Beurteilungsprozesse des Klienten.

Die inneren Dialoge beeinflussen auch die pysiologische Erregung. Wenn ein Klient die Erregung als Angst interpretiert, dann steigert er damit seine Erregung und blockiert sein Denken und Handeln. Um-

gekehrt ist die Wirkung bei demjenigen, der die Erregung als Leistungsmobilisierung interpretiert. Er wird sich besser mit der Aufgabe auseinandersetzen können. Also nicht die Erregung selbst ist das beeinträchtigende Moment, sondern das, was der Klient über jene Erregungen sagt. Die kognitive Bewertung ist nicht ein zusätzlicher Vorläufer des Gefühlslebens, sondern ein integraler Bestandteil unserer Emotionen.

Das innere Sprechen verläuft zumeist automatisch und ziemlich schnell, meist in einer Art Kurzschrift. Nur die wesentlichen Worte eines Satzes treten in Erscheinung - wie im Telegrammstil. Die Gedanken sind nicht das Ergebnis von Überlegungen und Begründungen. Die Schritte haben keine logische Abfolge wie beim zielorientierten Denken oder Problemlösen. Die Gedanken 'treten einfach nur auf'; es sieht so aus, als seien sie relativ autonom. Bei ausgeprägten Störungen sind sie aufdringlich; es fällt dem Klienten schwer, sie 'abzuschalten', zumal sie ihm plausibel und sinnvoll erscheinen (vgl. Beck, A.: Cognitive therapy and emotional disorders. NY 1976, S. 36 f.).

Wir denken nicht immer, bevor wir handeln. Die meisten unserer Verhaltensweisen laufen auf der Grundlage von Gewohnheiten oder erlernten Ritualen ab. Allerdings müssen wir denken, wenn wir wie die Klienten vor ungelösten Problemen stehen oder wenn wir eine Verhaltensweise verändern wollen. Hier 'entautomatisiert' das innere Sprechen fehlangepaßtes Verhalten und liefert die Grundlage für die Entwicklung von neuartigem produktiven Verhalten.

Inneres Sprechen beeinflusst nicht nur das Verhalten des Klienten, sondern auch seine kognitiven Strukturen.

Wir sprechen von kognitiven Strukturen, weil die einzelnen Gedanken Teil eines umfassenderen Auffassungs-, Verarbeitungs- und Reflexionssystems sind, das die Bedeutungen, die der einzelnen Dingen, Situationen, Personen und sich selbst zuspricht, festlegt.

Selbstanweisungen, wie z. B. 'Lasse Dich nicht aus der Fassung bringen', üben einen selbstkontrollierenden Einfluß im Rahmen eines Aktions- und Bedeutungssystems aus.

Wir sprechen bei den Selbstanweisungen nicht von inneren Monologen, sondern von inneren Dialogen. Es ist also im Prozeß der Verhaltensänderung nicht nur wichtig, zu sich selbst zu sprechen, sondern sich auch selbst zuzuhören. Es handelt sich also um ein selbst-kommunikatives System. Der Dialog mit sich selbst beeinflusst das Verhalten.

Unter das Schlagwort 'kognitive Struktur' fallen Begriffe wie Vorstellungen und Pläne, Schema, Rolle und Kontrollsystem. Meichenbaum bevorzugt den Begriff der kognitiven Struktur, der ursprünglich von Tolman geprägt wurde (Tolman, E.: Purposive behavior in animals and men. NY 1932). Meichenbaum schreibt: "Mit dem Begriff kognitive Struktur möchte ich auf den Aspekt der Organisiertheit des Denkens hinweisen, durch den die Strategie, der Weg und die Wahl des gedanklichen Ablaufes überwacht und gesteuert werden. Ich denke dabei an ein 'Ausführungsorgan', das 'den Entwurf des Denkens festhält' und bestimmt, zu welchem Zeitpunkt der gedankliche Ablauf zu unterbrechen, zu ändern oder fortzusetzen ist. Bei dem Wort kognitive Struktur denke ich an ... Drehbücher, denen die Gesamtheit solcher Dialoge entstammt ... Eine Strukturveränderung mündet in ein neues inneres Sprechen, in neuartige Verhaltensweisen und in die weitere Festigung der Strukturen. Es entsteht so etwas wie ein 'Wirkungskreis'... Der innere Dialog trägt dazu bei, das Bewußtsein zu intensivieren oder das Bewußtsein zu erhöhen, was den Klienten für neue Beobachtungen empfänglich macht." (M. S. 211 f.)

Um Veränderungen bei Klienten zu bewirken, muß der Klient sich klarmachen, welche Mechanismen der Veränderung zugrunde liegen. Der Therapeut hilft ihm, sein Verhalten und die Ansatzpunkte für eine Veränderung zu verstehen. Vier Schritte sind wichtig:

- 1) Der Klient muß das Verhalten, das zu ändern ist, erkennen. Er hat auf sein beobachtbares Verhalten in Leistungs- und Sozial-situationen, auf seine physiologischen Reaktionen und auf seine Gedanken, Vorstellungen und Gefühle zu achten, dabei sein Problem bzw. seine Schwierigkeit zu erkennen. Der Klient erfährt bei diesem Versuch, daß seinem Fehlverhalten bestimmte Einstel-

lungen und Erwartungen, die sich in Vorstellungen zeigen, vorausseilen.

- 2) Der Klient erkennt weiter, daß Vor- Annahmen sich, wenn auch oft sehr verkürzt, in Selbstgesprächen kundtun. Es kommt also darauf an, im Gespräch mit dem Therapeuten andere Selbstgespräche zu entwickeln. Alle Therapien führen - wenn sie erfolgreich sind - zu Veränderungen des inneren Dialogs, ganz gleich, ob dabei therapeutisch psychoanalytisch orientierte Aufklärungsarbeit geleistet wird oder Verhaltensgewohnheiten abgebaut oder falsche Überzeugungsstrukturen aufgelöst werden sollen.
- 3) Der Klient hat erkannt, daß er bisher bei kritischen Situationen Unsicherheit, Angst und Erregung produzierte und dann Gefühle der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit oder Angst vor dem Verlust geistiger Fähigkeiten oder der Selbstkontrolle, aber auch Zwangsgedanken und -verhaltensweisen entwickelte. Er glaubte bisher, daß die kritische Situation, also äußere Ereignisse (Personen, Gegenstände) seine Schwierigkeit verursachten. Er ahnt, daß seine eigenen Denkprozesse und die Bedeutungen, die er seinem Verhalten beimißt, die Vor- Annahmen, die Quellen der Störungen sind.
- 4) Der Klient unternimmt es jetzt, seine Vor- Annahmen zu ändern. Der Therapeut unterstützt diesen Vorgang dadurch, daß er das Fehlverhalten des Klienten als Strategie verdeutlicht. So sieht der zwanghafte Klient vor der Therapie seinen Waschzwang als Hinweis auf den 'Verlust seiner Sinne'; im Verlauf der Therapie gelangt er zu der Auffassung, daß sein Waschen mit einem Kommunikationsproblem zusammenhängt oder Ausdruck eines tiefsitzenden Schuldgefühls oder Ableger eines Verhaltensrepertoires ist, das durch sekundäre Vorteile aufrechterhalten wird.

Die Therapie konzentriert sich auf die Veränderung in drei Bereichen: dem der Selbstgespräche, dem des Verhaltens und dem der kognitiven Strukturen. Die Akzente und die Reihenfolge der therapeutischen Bearbeitung sind je nach Therapeut, Klient und Problem verschieden.

"Bei dem depressiven Patienten von Beck mag es erforderlich sein, den Schwerpunkt auf Verhaltensmomente zu legen und sich zum inneren Sprechen und den kognitiven Strukturen vorzuarbeiten. Die Neurotiker von Ellis mögen für frontale Angriffe auf die kognitiven Strukturen empfänglich sein. Meine phobischen und ängstlichen Klienten benötigen u. U. ein Training der kognitiven Fertigkeiten, wobei der Schwerpunkt auf dem inneren Sprechen liegt." (M., S. 225)

## 7. Der Diagnoseansatz der kognitiven Verhaltensmodifikation

Der kognitive Verhaltenstherapeut versucht, den Stil und das Auftreten der kognitiven Prozesse des Klienten (d. h. den inneren Dialog und die Vorstellungen) zu beurteilen und sie in bezug zum beobachtbaren Verhalten und den Empfindungen des Klienten zu stellen.

Zwei Fragestellungen sind hier wichtig:

- Was vermag der Klient nicht zu sich zu sagen?

Es werden die Bedingungen seines Fehlverhaltens aufgedeckt, die Abweichung von dem, was er zu sich sagen sollte, um zu produktivem Verhalten und angemessener Leistung zu kommen.

- Was ist der Inhalt der kognitiven Prozesse, die mit produktivem Verhalten einhergehen?

Zur Beantwortung dieser Fragen benutzt der Therapeut verschiedene diagnostische Verfahren.

Das vielleicht nützlichste Instrument ist das klinische Interview.

### Das klinische Interview

Die erste Sitzung beginnt mit einer Erkundung des Ausmaßes und der Dauer des vom Klienten dargestellten Problems und seinen Erwartungen gegenüber der Therapie. Der Therapeut unternimmt eine Situationsanalyse des Klientenverhaltens.

Meichenbaum führt das Interview von Peterson an (Peterson, D.: The clinical study of social behavior. NY 1965):



## A. Definition des Problemverhaltens

### 1. Kennzeichen des Problems, wie sie der Klient festlegt

„Wenn ich es recht verstehe, kommen Sie hierher, weil...“ (Diskutieren Sie die Gründe für die Kontaktaufnahme, soweit sie von der zuweisenden Institution oder aus anderen Informationsquellen stammen.) „Ich möchte gerne, daß Sie mir darüber mehr erzählen. Wie sehen Sie das Problem?“ (Versuchen Sie, wie gefordert, die Sichtweise des Klienten gegenüber seinem eigenen Problem zu kennzeichnen, d. h., was er tut oder woran er scheitert, was er oder irgendein anderer als Problem definiert.)

### 2. Ernsthaftigkeit des Problems

(a) „Wie schwerwiegend ist für Sie das Problem?“ (Versuchen Sie, die Sichtweise des Klienten gegenüber seinem eigenen Problem zu bestimmen, d. h., was er tut, oder woran er scheitert, was er oder irgendein anderer als Problem definiert.)

(b) „Wie oft kommt es bei Ihnen vor, daß...?“ (Legen Sie das Problemverhalten dar, wenn es sich um eine Störung handelt, die mit Bloßstellungen verbunden ist; oder geben Sie die Gelegenheit zur Ausführung des gewünschten Verhaltens, wenn das Problem mit dem Unterlassen eines Verhaltens zusammenhängt. Das Ziel ist, Informationen über die Häufigkeit der Verhaltensweise zu erhalten.)

### 3. Allgemeinheitgrad des Problems

(a) Dauer „Wie lange geht das nun schon?“

(b) Ausmaß „Bei welcher Gelegenheit tritt das Problem in der Regel auf?“ (Versuchen Sie die Situationen zu kennzeichnen, in denen das Problemverhalten auftritt, z. B., „Haben Sie dieses Gefühl bei der Arbeit? Wie ist es zu Hause?“)

## B. Bestimmungsgrößen des Problemverhaltens

### 1. Bedingungen, die das Problemverhalten verstärken

„Nun möchte ich gerne, daß Sie an jene Male denken, bei denen es (das Problem) am schlimmsten ist. Was geht dabei vor?“

### 2. Bedingungen, die das Problemverhalten abmildern

„Wie ist es in Zeiten, wenn es (das Problem) besser geht? Was geht dabei vor?“

### 3. Wahrgenommene Ursachen – „Worauf ist Ihrer Meinung das Problem zurückzuführen?“

### 4. Besondere Vorbedingungen

„Denken Sie an das letzte Mal zurück, als das Problem auftrat. Was passierte dabei?“

Erforderliche Informationen:

(a) Soziale Einflüsse – „Waren irgendwelche anderen Leute dabei? Wer? Was taten sie?“

(b) Einflüsse durch den Betroffenen – „Woran dachten Sie die ganze Zeit? Wie fühlten Sie sich?“

### 5. Besondere Folgen

„Was passierte, nachdem das Problem auftrat?“

Erforderliche Informationen:

(a) Soziale Folgen – „Was machten die anderen?“ (andere Personen, die vom Klienten vorher als wichtig eingeschätzt wurden)

(b) Folgeerscheinungen beim Betroffenen – „Welchen Einfluß hatte dies auf Ihre Gefühlslage?“

### 6. Veränderungsvorschläge

„Sie haben mir über das Problem eine Menge erzählt. Was glauben Sie, könnte man tun, um die Situation zu verbessern?“

Das Interesse des kognitiven Verhaltenstherapeuten geht über die Fragen im Interview von Peterson hinaus. Er veranlaßt den Klienten zur Mitteilung seiner Empfindungen und Gedanken, die - in einem typischen Beispiel - seinem Problemverhalten vorausgingen, es begleiteten und auf es folgten. Der Klient soll sich einen typischen Vorfall der letzten Zeit konkret vorstellen und dabei darauf achten, was in seinem Kopfe vorging und wie er sich dabei verhalten hat. Der Klient wird angehalten, auf Kleinigkeiten zu achten, die besonderen Gedanken, Vorstellungen, Phantasien und Empfindungen sich vergegenwärtigen, die er in einer bestimmten Situation erfahren hat.

Nach der Beschreibung des Vorfalls und nach dem Bericht über die bildlichen Vorstellungen fragt der Therapeut, ob der Klient in anderen Situationen ähnliche Gedanken und Empfindungen hatte.

Weiter fragt er danach, seit wann oder wie lange der Klient schon zu sich selbst so gesprochen und über sich gedacht hat.

Die Diagnose dient nicht nur der Bewertung des inneren Dialogs des Klienten, sondern sie wirkt auch als Anreiz für diesen, seinen problembezogenen inneren Dialog zu verändern.

Die kognitiv-funktionale Beschreibung und Beurteilung wird den Klienten zu der Feststellung führen, daß sich ein Teil seiner Probleme aus dem ergibt, was er zu sich selbst sagt. Zugleich wird der Klient erkennen, daß er seine Gedanken steuern kann, daß er also nicht das Opfer dieser Gedanken und Empfindungen ist. Der Therapeut vermittelt dem Klienten seine Verwunderung darüber, daß dieser sich für solche selbstschädigenden Gedanken und Empfindungen entschieden hat. Der Klient erfährt, daß man für das Lernen der Selbstkontrolle etwas tun kann.

Zu betonen ist, daß - wenn der Klient erst einmal seine Selbstgespräche ins Blickfeld genommen hat - er in seiner Wachsamkeit, Bewußtheit und Einsicht voranschreitet und produktive Gedanken und Verhaltensweisen in Gang setzt.

### Die Verhaltenstests

Ein brauchbarer Weg, dem Klienten bewußt zu machen, wie sein Denkstil sein Verhalten und seinen Kummer beeinflußt, besteht in der Durchführung von Verhaltenstests. Der Klient wird aufgefordert, bestimmte Tätigkeiten auszuführen: Ein sprechängstlicher Klient soll vor der Gruppe sprechen, ein phobischer Klient soll sich in die phobische Situation begeben, ein depressiver Klient hat sich mit bestimmten Aufgaben zu beschäftigen.

Fragen, die der Klient dabei beantworten soll, sind etwa:

- In welchen Situationen werden bei mir besondere Selbstaussagen und Vorstellungen ausgelöst?
- Bei welchen Gelegenheiten beginne ich mich ängstlich zu fühlen?
- Wann erlebte ich die stärkste Angst?

Der Klient kann zum Rollenspiel aufgefordert werden, in dem er sein fehlangepaßtes Verhalten zeigt. Danach kann er die erfahrenen Gedanken und Empfindungen rekonstruieren.

Der Klient kann auch über die Deutung von Situationsbildern und die Beurteilung von Handlungen und Interaktionen in Kurzgeschichten zur Klärung seiner Vor-Einstellung geführt werden.

### III. Die Kognitive Verhaltenstherapie (Mahoney)

Mahoney setzt sich kritisch mit dem klassischen Behaviorismus auseinander. Er zeigt, wie die 'nichtvermittelnden Modelle Reiz - Organismus - Reaktion' unzulänglich für eine wirksame Therapie sind. Man wollte nach dem Prinzip der Sparsamkeit nur die direkt beobachtbaren Verhaltensvariablen, eben die Reize und Reaktionen berücksichtigen, um Komplikationen bei der Erklärung von Verhalten zu vermeiden. Zu erschließende Variablen führen - so meinten die klassischen Behavioristen - von den Daten und damit von einer angemessenen Verhaltensbeschreibung weg.

Auch Schlußfolgerungen (inferences) sind im klassischen Modell verpönt, bedeuten sie doch einen Sprung von beobachteten zu nicht-beobachteten Ereignissen. "Viele heutige Verhaltensmodifikatoren halten alle Schlußfolgerungen für 'schlecht'. Private, nicht beobachtete Ereignisse werden automatisch als 'mentalistisch' eingestuft und sind deshalb illegitim und unwissenschaftlich. Erschlossene Vermittler, auch wenn man sie operational bestimmt, werden als 'welch', unsparsam und überflüssig abgetan." (Mahoney, M.J.: Kognitive Verhaltenstherapie. Neue Entwicklungen und Integrationsschritte. Mohr. 1977, S. 36)

Es ist ein Verdienst der kognitiven Psychologen - und darauf hat Mahoney vielfach hingewiesen -, gezeigt zu haben, daß ein Input-Output-Modell des passiven Organismus äußerst unangemessen ist. "Der Mensch registriert nicht passiv die Welt, so wie sie wirklich ist; er filtert, verändert und gestaltet die Erfahrungen, die seine 'Realität' bilden." (S. 41) Natürlich müssen wir bei Schlußfolgerungen sehr behutsam vorgehen und sie an dem Kriterium einer Vergrößerung der Vorhersage-Genauigkeit oder der konzeptionellen Weite messen. "Ein vermutetes Element ist in dem Maße logisch gerechtfertigt, in dem es sich bei der Vorhersage, Kontrolle oder beim Verstehen systematischer Beziehungen als nützlich erweist." (S. 45)

Im Mittelpunkt der Therapiekonzeption von Mahoney stehen: die kognitive Umstrukturierung, die Selbstinstruktionen, das Training der Bewältigungsfertigkeiten, Problemlösen und Attribution und letztlich der Hinweis auf die Bedeutung der Überzeugungen und Überzeugungsänderungen.

## 1. Die kognitive Umstrukturierung

Die kognitive Psychologie geht in ihrer Grundauffassung auf den stoischen Philosophen Epiktet (60 v. Chr.) zurück, der erkannte, daß die Menschen nicht durch die Dinge gestört werden, sondern dadurch, wie sie die Dinge betrachten. Fehlangepaßte Gefühle resultieren aus fehlangepaßten Gedanken. Ellis hat diese Erkenntnis am deutlichsten in seine Therapie eingebracht. Er hat die wichtigsten irrationalen Ideen, die emotionale Störungen verursachen und aufrechterhalten, herausgestellt und gezeigt, wie man sie auflösen und an ihre Stelle produktive Denkmuster setzen kann.

In der Nachfolge und Auseinandersetzung mit Ellis haben sich einige Autoren bemüht, umfassendere Kategorien gestörter Gedanken aufzuzeigen, so z. B. Beck und Lazarus (vgl. Beck, A.T.: Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. In: Behavior Therapy 1970/1, S. 184-200; Lazarus, A.A.: Behavior therapy and beyond. NY 1971).

Worin sind die üblichen Verzerrungen der Denkmuster von Klienten begründet?

### 1) Willkürliches Kausaldenken

Es werden Schlußfolgerungen gezogen, ohne daß Beweise vorliegen. So kommt es vor, daß ein unbeantworteter Brief als Beweis für eine Zurückweisung interpretiert wird.

### 2) Übertriebene Verallgemeinerung

Ein einziges Ereignis schafft eine allgemeine Regel. So versagte der Klient z. B. in einer einzigen heterosexuellen Beziehung und schließt daraus, daß er impotent sei.

### 3) Überhöhte Bedeutungszumessung eines Ereignisses (Magnifizierung)

So werden z. B. gewisse vorkommende Regulationsstörungen, wie Verdauungsbeschwerden und Kurzatmigkeit als Anzeichen eines drohenden Herzversagens interpretiert.



#### 4) Nichtbeachtung eines wichtigen Aspekts einer Lebenssituation

Beck bezeichnet diese Haltung als 'kognitives Defizit'. Solche Klienten können ihre Aufmerksamkeit nicht auf relevante Erfahrungsinformationen richten, sie damit auch nicht verwenden und integrieren (selektive Unaufmerksamkeit).

#### 5) Dichotomisierendes Denken

Die Klienten ziehen nur zwei mögliche Bewertungen eines Ereignisses in Betracht. Die Sache ist entweder gut oder schlecht, richtig oder falsch usw. Es werden keine Zwischenstufen, kein Kontinuum wahrgenommen (Freund oder Feind, Vertrauen oder Mißtrauen ohne Vertrauenskontinuum).

#### 6) Übertriebene Sozialisation

Der Klient ist unfähig, die Willkürlichkeit vieler kultureller Sitten zu erkennen und in Frage zu stellen. Macht korrumpiert, Masturbation ist Sünde, Selbsttötung ist verwerflich etc.

#### 7) Ungenaue Antizipation von Konsequenzen

Die Erwartung bestimmter Folgen spielt für unser Verhalten und Handeln eine große Rolle. Recht häufig haben die Klienten hinsichtlich der Folgen und der Wirkung ihres Verhaltens auf andere recht verschwommene und zum Teil abwegige Vorstellungen.

#### 8) Wahrscheinlichkeitstäuschung

Bei depressiven und besonders zwanghaften Klienten fällt auf, daß sie das Eintreten eines negativen Ereignisses für sicher halten, wo in Wirklichkeit nur eine sehr geringe Wahrscheinlichkeit besteht.

Die Änderung der selbstschädigenden Denkmuster bezeichnet man als kognitive Umstrukturierung oder rationale Neubewertung.

Um therapeutisch die Denkmuster anzugehen, ist es zweckmäßig, den Auffassungs- und Verarbeitungsprozeß in Komponenten aufzugliedern. Ellis hat dies mit seiner A-B-C-D-E-Terminologie getan.

Das Aufdecken und Erkennen von Irrationalität, Unlogik, falschen Annahmen und Meinungen ist nur der erste Schritt der Therapie, ihre kognitive Etappe. In der darauf folgenden behavioralen Etappe praktiziert der Klient die Einsicht in Verhaltensübungen im Umgang mit anderen.

Vielleicht sollten wir uns in diesem Abschnitt noch etwas näher mit der Modifizierung von Überzeugungen befassen.

Wir wissen bereits, daß der Mensch weniger auf objektiv gegebene Realitäten reagiert, sondern eher auf eine konstruierte Realität. Wir leben in zwei Welten, in der der Fakten und in der der Fiktionen. Die letzteren bestimmen zumeist in höherem Maße unser Verhalten. Wir merken dies im allgemeinen nicht. Erst dann, wenn unsere Überzeugungen sich beträchtlich von denen unterscheiden, die sozial anerkannt sind, erhalten wir das Etikett 'Abweichung'.

Nach Bem unterscheiden wir zwei Gruppen von Überzeugungen, die primitiven Überzeugungen, die einfach mit der menschlichen Struktur gegeben sind, wie z. B. die Gültigkeit unserer eigenen Sinesseindrücke und die Annahmen, wie die der Kausalität sowie die Überzeugungen höherer Ordnung, um deren Bestätigung und Rechtfertigung wir uns bemühen (z. B. politische, religiöse Einstellungen). (Vgl. Bem, D.J.: Beliefs, attitudes and human affairs. Monterey 1970)

Überzeugungen sind Handlungsbereitschaften. Wenn ich die Überzeugung eines Klienten kenne, kann ich weitgehend sein Verhalten voraussagen.

Die Stärke der Überzeugung spiegelt sich in der Häufigkeit und Form der Handlungen, die sie hervorruft. Therapeutisch wichtig ist die Frage nach der Veränderungsfähigkeit. Rokeach meint, daß die Menschen sich in ihrer Rigidität oder Offenheit für kognitive Veränderungen beträchtlich unterscheiden. Der kognitiv offene Klient ist flexibler und sensibler für genaue Informationsverarbeitung; der kognitiv verschlossene (rigide) Klient sträubt sich gegen den Druck nach Veränderung (vgl. Rokeach, M.: The open and the closed mind. NY 1960).

Die Überzeugungen werden durch implizite Selbstverbalisierungen

und häufige Wiederholungen gestützt. Zugleich wird versucht, sie logisch zu stützen und zu rechtfertigen. Um Überzeugungen zu verändern, sollten wir den Klienten zur kritischen Überprüfung und Bewertung anregen. Von außen - sei es auch vom Therapeuten<sup>3</sup> herangetragene Veränderungswünsche oder -zwänge sind wenig erfolgversprechend (vgl. Rosen, H.A. und Wyer, R.S.: Some further evidence for the 'socratic effect'. J. of soc. Psychol. 24, 1972, S. 420-424). Mahoney veranschaulicht diesen Gesichtspunkt durch eine Anekdote über einen psychiatrischen Patienten, "der glaubte, daß er tot sei. Ein Psychiater, der bei seinen Anstrengungen, den Patienten von dieser Überzeugung abzubringen, frustriert wurde, wagte ein kleines Experiment, um diese Frage zu klären. Er fragte den Patienten: 'Bluten tote Leute?' - 'Nein, natürlich nicht', war die Antwort, woraufhin der Psychiater schnell ein Skalpell nahm und in den Finger des Patienten stach. Er blieb ruhig stehen, als der erstaunte Mann einen winzigen Blutstropfen von dem Einschnitt herabträufeln sah. Nach einem ängstlichen Schweigen und irgendeiner offensichtlichen kognitiven Umstrukturierung schaute der Patient auf und bemerkte: 'Nicht zu glauben! Tote Leute bluten doch!'" (Mahoney, S. 270)

Die Festigkeit vieler Überzeugungen kommt dadurch zustande, daß sie unsere Gefühlslage bestimmen, mit ihr fest verankert sind. Überzeugungen geben uns damit auch eine gewisse kognitiv-emotionale Stabilität. Änderungen werden nicht zugelassen, weil sie Unsicherheit und Angst auslösen könnten.

Hinzu kommt, daß der Mensch dazu neigt, sich immer wieder selbst zu bestätigen. Bereits Francis Bacon hat in seinem *Novum organum* (1621) darauf hingewiesen, daß selbst zahlreiche gegenteilige Beispiele wenig bewirken. Sie werden entweder nicht beachtet, gering eingeschätzt oder zurückgewiesen. Erfahrungen, die unseren Überzeugungen und der sich in ihnen zeigenden angemessenen Welt widersprechen, werden selektiv ignoriert oder verzerrt. Die Verifikation ist dem Menschen im allgemeinen wichtiger als die Falsifikation. Wir halten uns in Umwelten auf, die die Wahrscheinlichkeit bestätigenden Feedbacks erhöhen. Thomas Kuhn hat dieses Thema wissenschaftshistorisch bearbeitet (Kuhn, Th.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frkf. 1965).

Von der Therapie her gesehen kommt der Überzeugungsänderung eine hohe Bedeutung zu, da falsche und unangemessene Überzeugungen mitverantwortlich sind für die verbreiteten psychischen und psychosomatischen Störungen. Aber Überzeugungsänderung allein kann einen Klienten nicht von seinen Beschwerden befreien. Er muß im gleichen Maße sein Verhalten ändern. Der Verhaltensänderung kommt eine gewisse Priorität zu, da eine Einstellungsänderung der Verhaltensänderung eher zu folgen als ihr vorauszuweichen scheint. In diesem Punkte weiche ich - wohl allein durch meine Praxiserfahrung - von Mahoney ab, der meint, daß die Prioritätsfrage nicht gestellt werden sollte, da sich Überzeugung und Verhalten als komplexere interkorrelierte Phänomene ausweisen. Es gibt jedoch ein Argument für die besondere Beachtung und Bedeutung der Verhaltensänderung. Der Klient erhält nur über verändertes Verhalten soziales Feedback. Selbst wenn dieses anfangs, gelegentlich z. B. bei Partnern und Angehörigen, nicht positiv ist, erkennt der Klient doch, daß sein verändertes Verhalten Veränderung bewirkt.

Welche Verfahren und Erfahrungen können zur Überzeugungsänderung beitragen? Mahoney weist auf fünf Möglichkeiten hin:

- 1) Erklärung des Vorgangs der Informationsverarbeitung.
- 2) Beziehung der Überzeugung zu damit zusammenhängenden kognitiven Strukturen aufzeigen.
- 3) Aufweis, daß die unproduktive Überzeugung zu unproduktiven persönlichen und sozialen Konsequenzen führt.
- 4) Wiederholende Vergegenwärtigung der Überzeugung und ihrer Wirkung.
- 5) Änderung der Überzeugung verstärken, d. h. bestätigende Erfahrung durch Verhaltensäußerung, die der erwünschten Überzeugung kongruent ist.

Die Überzeugungsänderung kann sich schrittweise oder plötzlich vollziehen. Im ersten Falle ist es ein regelrechter Lernprozeß, der allmählich - oft mit Stillständen, Widerständen und gelegentlichen Rückschritten - die neue Überzeugung aufbaut. Im anderen Falle kommt

es plötzlich über den Zusammenbruch der alten Ansichten zu einer 'durchschlagenden Veränderung', ähnlich wie wir sie aus vielen religiösen Bekehrungsberichten kennen. Wir wissen aber noch nichts über die näheren Bedingungen, die zu diesen gegensätzlich verlaufenden Ergebnissen führen.

## 2. Die Selbstinstruktionen

Kognitive Therapeuten versuchen, dem Klienten seinen eigenen Denkstil, seine inneren Dialoge bewußt zu machen. Sie vermitteln ihm dabei die Einsicht, daß man das Denken (nur dann) unter Kontrolle bringen kann. In Zusammenarbeit mit dem Klienten analysieren sie dessen bisherige Selbstaussagen und arbeiten ein Inventar von positiven Selbstaussagen aus, das mit den bisherigen negativen Selbstaussagen inkompatibel ist. Zugleich wird der Klient auf die korrespondierenden produktiven Verhaltensweisen aufmerksam gemacht.

Verhaltenstherapeuten konzentrieren ihre Behandlung auf die fehlangepaßten offenen Verhaltensweisen des Klienten. Sie lassen den Klienten ein Inventar produktiver offener Verhaltensweisen lernen. Es wird angenommen, daß der Klient - in dem Maße, wie er sich das neue Verhalten aneignet und dieses von seinen Bezugspersonen verstärkt wird - auch seine Kognitionen ändert.

Kognitive Verhaltenstherapeuten gehen in beiden Richtungen vor:

Systematische Veränderung der Kognitionen und systematische Veränderung des Verhaltens. Innerhalb dieser kombinierten Therapie entwickelten sich die Übungsverfahren der Selbstinstruktion.



Wichtig ist, daß der Klient gut für seine Verhaltensänderung motiviert ist.

Als relevante Therapie-Motivationsfaktoren werden betrachtet: Leidensdruck, Änderungswunsch und Erfolgserwartung bzw. Nutzenerwartung.

Der Klient wird durch die Therapie zur Selbstexploration und damit zur Erzeugung selbstkritischer Einsichten angeregt. Er erkennt, daß die Quelle seiner emotionalen Befindlichkeit, das Bedrücktsein in seiner eigenen Persönlichkeit liegt. Selbstexploration steht in engem Zusammenhang mit Leidensdruck.

Die selbstkritischen Einsichten eröffnen den Weg zum Selbstkontroll-Verhalten, zum Änderungswunsch. Der Klient weiß, daß in ihm Kräfte liegen, die nach Heilung drängen. Er sucht jetzt nicht Hilfe bei anderen, sondern richtet sein Augenmerk auf Selbsthilfe, auf die Aktivierung seiner Bewältigungskräfte.

Die Erfolgserwartung entsteht durch das Vertrauen in den Therapeuten und seine Methode. Gestützt wird die Erfolgserwartung durch die Kenntnisnahme eigener Kräfte und positiver Rückmeldungen (Feedback). Erfolgserwartung bedeutet zumeist auch Nutzenerwartung.

Durch die Koppelung der Selbstkontrolle an wahrnehmbare Symptomreduktion wird die Selbstkontroll-Aktivität im therapeutischen Prozeß ständig neu aufgeladen. Es kommt zur Selbstverstärkung.

Der Therapieprozeß läßt sich in drei Etappen von individuell verschiedener Länge aufgliedern. In der ersten Etappe geht es darum, dem Klienten zu einer vertieften Einsicht in sein(e) Problem(e) zu verhelfen und ihn mit der therapeutischen Vorgehensweise vertraut zu machen, ihm dabei seine aktive Rolle zu verdeutlichen. In der zweiten Etappe hilft der Therapeut dem Klienten, die begriffliche Struktur des vorgestellten Problems auszuforschen und zu erproben.

In der dritten Etappe hilft der Therapeut dem Klienten bei der Modifikation seiner Selbsturteile und beim Aufbau neuer produktiver Verhaltensweisen.

#### Erste Etappe: Begriffliche Strukturierung des Problems

Der Klient beschreibt sein Problem in seiner Sicht und Ausdrucksweise. In Zusammenarbeit mit dem Therapeuten lernt der Klient, das Problem in einem neuen Lichte und Zusammenhang zu sehen. So erfährt er z. B. etwas von der Bedeutung, die seine eigenen Denkvorgänge und Selbstgespräche als Quelle für sein Fühlen und Handeln, d. h. seine Problemlage, haben. Der Klient lernt, sein Problem in Begriffe zu fassen, die ihm das Gefühl der Kontrollierbarkeit und damit die Hoffnung auf Erfolg vermitteln.

#### Zweite Etappe: Die Erprobung des Konzepts

Der Klient berichtet über seine Hausaufgabe, auf seine Selbstaussagen zu achten. Dabei wird dem Klienten deutlich, daß sein Denkstil ein Schlüssel zu seinem Problem ist. Der Klient entdeckt, daß seine Befürchtungen und Ängste nicht Eigenschaften äußerer Ereignisse sind, sondern daß es seine eigenen Gedanken sind, die die Angst auslösen. Der Therapeut gibt dann eine Reihe von Beispielen (vgl. die beiden Beispiele bei Meichenbaum auf S. 89 - öffentliche Rede: zwei unterschiedliche innere Dialoge), um das Prinzip der Therapie zu erläutern. Es wird

- die Bedeutung der Entspannung für Wahrnehmen, Denken, Fühlen sowie Verhalten betont,
- die Bedeutung von Aktivität, d. h. der aktiven Auseinandersetzung (im Gegensatz zum Vermeidungs- und Rückzugsverhalten), für die Problembewältigung herausgestellt,
- die Bedeutung der Selbstverstärkung bei Schritten der Erfolgsbuchung erklärt und
- der Wert der Selbstbestimmung und Selbstverantwortung in der Lebensführung verdeutlicht.

### Dritte Etappe: Die Aneignung und Anwendung der veränderten Selbstaussagen

Die Selbstaussagen und ihre Modifikation stehen im Mittelpunkt der rational-emotiven Therapie von Ellis. Sie spielen dann aber auch noch eine besondere Rolle in der systematischen Desensibilisierung und im Gedankenstopp. Darüber hinaus lassen sich Selbstaussagen und ihre Veränderung leicht mit dem Modellernen verbinden.

Jede der genannten therapeutischen Maßnahmen hat ihr bevorzugtes Bezugsfeld: Die rational-emotive Therapie greift rationale Vorstellungen und Überzeugungen an. Die systematische Desensibilisierung baut Angst und Unsicherheit ab. Der Gedankenstopp unterbricht automatisierte Gedanken- und Handlungsvollzüge. Beim Modellernen geht es vor allem um die Aneignung komplexer sozialer Verhaltensweisen.

In dieser Etappe geht es um den Bezug der Selbstaussagen zum Verhalten und um den Aufweis praktikabler therapeutischer Wege. Eigene Zielsetzungen haben eine motivierende Kraft. Die Antizipation der Zielerreichung wird ergänzt und gestützt durch die Beurteilung des Beitrags einzelner Verhaltensweisen zur Zielverwirklichung. Die Selbstinstruktionen üben einen direkten Einfluß auf die Veränderung des Verhaltens aus. Die Vorstellungen bahnen als Einbildungskraft die neuen Wege des Verhaltens.

Der Einsatz der Vorstellung, Imagination bzw. der vorwegnehmenden Phantasie (Antizipation) kommt in verschiedenen Variationen noch in folgenden Verfahren zur Geltung:

Zielpeilung. Der Klient hat sich deutlich das Ziel, das er erreichen will, vorzustellen.

Steigerungstechnik. Der Klient hat sich die schrittweise Verbesserung seines Verhaltens, die etappenweise Annäherung an ein Verhaltensoptimum, vorzustellen.

Formelhafte Vorsatzbildung. Sie kommt vor allem im Autogenen Training zur Beruhigung und Stabilisierung vegetativer Funktionen zur Anwendung.

Denkvisualisierung. Dieses von Simonton und Simonton entwickelte Verfahren soll die Heilungskräfte mobilisieren. Der Klient stellt sich den auf seine Krankheit bezogenen Gesundungsprozeß in allen Details vor.

Symbolbild-Stützung. Anhand einer Zeichnung wird z. B. ein aufwärtsführender breiter Weg (der Lebenspfad) mit verschiedenen seitlichen Abzweigungen (die Irrwege) gezeichnet. In kritischen Versuchungssituationen stellt sich der Klient das Ziel, 'auf dem Pfade zu bleiben' und weiterzugehen, lebhaft vor.

Kontrastpersonalisierung. Der Klient lernt in der Therapie, seine Denk- und Verhaltensweisen zwei Instanzen zuzuordnen, dem förderlichen (positiven) und dem einschränkenden (negativen) Teil seiner Persönlichkeit. Er hat die Aufgabe, bei Schwankungen seinen positiven Teil zu befragen und sich an ihm zu orientieren.

### 3. Das Training der Bewältigungsfertigkeiten

Die Fähigkeit einer Person, sich an belastende Situationen anzupassen, wird entscheidend durch ihr Reaktionspotential beeinflusst. Die Aneignung von Bewältigungsfertigkeiten bringt - wie Meichenbaum betont - eine direkte, stellvertretende und selbst-stimulatorische Erfahrung mit sich.

Goldfried war der erste, der die Desensibilisierung in einen weiteren Zusammenhang stellte und sie zum Training der Bewältigungsfertigkeiten ausbaute. Der Klient soll sich im Rahmen der Desensibilisierung die Selbstentspannungsfähigkeit aneignen. Die Entspannung wird als vielseitig verwendbare Bewältigungsstrategie aufgefaßt (Goldfried, M.: Reduction of generalized anxiety through a variant of systematic desensitization. In: Goldfried, M. u. Merbaum, M., Eds.: Behavior change through self-control. NY 1973).

Die angsterregende Vorstellung wird aufrechterhalten und dann aktiv 'wegentspannt'.

Am besten ausgearbeitet worden ist diese Methode im Rahmen

eines Trainings zur Streßimmunisierung. Eingeleitet wird das Training durch eine Diskussion von Streßreaktionen, wobei die Vorgänge der Etikettierung, der Attribution und erregungsauslösenden Selbstaussagen betont beachtet werden.

Das Entspannungstraining wird als aktive Bewältigungsfertigkeit dargestellt. Der Klient hat dann bewältigende Selbstaussagen einzuüben (kognitive Selbststeuerung, Vorbereitung auf Streß) und seine Bewältigungsfertigkeit in Streßsituationen einzusetzen.

Die Aktionspläne müssen vier Kriterien erfüllen: "Sie müssen: realistisch, legitim (im Rahmen der jeweiligen Organisation), flexibel (in bezug auf Ziele und Zeitpläne) und gestaffelt (schrittweises Annähern an die Ziele) sein." (Cooper, C.L.: Streßbewältigung. Mchn. 1981, S. 166)

Cooper findet es deprimierend, daß viele Menschen in ihrem Lebensstil gefangen zu sein scheinen, einem Lebensstil, den sie weder befriedigend noch bedeutungsvoll finden, daß sie den Versuch unterlassen, daran etwas zu verändern, eine Neuprogrammierung ihres Lebensstils vorzunehmen. "In gewissem Maße haben wir alle die Gelegenheit, unser eigenes Schicksal zu kontrollieren und unseren Lebensstil zu ändern. Unglücklicherweise jedoch sehen viele Leute das erst, wenn es zu spät ist." (Cooper, S. 103) Wir müssen die Aspekte unseres Lebensstils erkennen, die Immobilität schaffen, uns hindern, wichtige Lebensziele zu erreichen. Wir müssen den sich durch unser Leben ziehenden emotionalen roten Faden durchtrennen, unser Verhalten ändern, die bisherigen Muster umgestalten. Wichtig dabei ist, daß man nicht den Umständen und den anderen die Schuld für Fehlschläge und einen unbefriedigenden Lebensmodus gibt.

Pfeiffer und Jones haben eine Übung zur Lebensplanung ausgearbeitet, die ich hier kurz ausführe (vgl. Pfeiffer, J.W. und Jones, J.E.: Structured experiences for human relations training. Iowa City 1970, S. 113-138).

Die Übung setzt sich aus drei Teilen zusammen; der Klient versucht, jeweils eine Frage zu beantworten, die sich auf die drei Aspekte des Lebens - Beruf, Privatleben, persönliche Entwicklung - beziehen:



- 1) Wo befinde ich mich jetzt? Der Klient hat ein Diagramm oder eine Lebenslinie zu zeichnen, die die Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft seiner beruflichen Entwicklung und Tätigkeit beschreibt, wobei Hoch- und Tiefpunkte der Laufbahn anzugeben sind. Die gleiche Kurve ist für das Privatleben und für die Ebene der persönlichen inneren Welt zu zeichnen und zu erläutern.
- 2) Wer bin ich? Es sind jeweils bis zu zwanzig Eigenschaftswörter, die der Klient in jeder der Ebenen sich zuschreiben kann, anzugeben. Danach sind die Eigenschaften, für jede Liste getrennt, den drei Kategorien positiv, neutral, negativ zuzuordnen.
- 3) Wer will ich sein? Der Klient soll für jeden der Lebensbereiche bis zu zehn Idealziele auflisten. Danach sind die Ideale für jeden Bereich - Arbeit, Privatleben, Persönlichkeit - in eine Rangliste zu bringen, wobei die einzelnen Ziele mit den Ziffern 1 bis 4 zu kennzeichnen sind (1 = geringe Bedeutung, 2 = mäßige Bedeutung, 3 = große Bedeutung, 4 = sehr große Bedeutung).

Danach kann der Lebensplan ausgearbeitet werden, wobei für die Zielerreichung konkrete Schritte und Zeiten anzugeben sind.

#### 4. Das Problemlösen

Das Ziel der Therapie soll es sein, den Klienten zur Lösung seiner Probleme anzuregen, so daß er im Laufe der Behandlung die Fähigkeit erreicht, sein eigener Psychotherapeut zu sein. Oft sind zu diesem Zeitpunkt noch nicht alle Pläne des Klienten aufbereitet. Der Therapeut sollte mit Einverständnis des Klienten die Therapie jedoch abbrechen und den Klienten zur Weiterarbeit in eigener Regie ermutigen.

Der Klient erreicht diese Fähigkeit durch Verbesserung seiner kognitiven Struktur mit ihren zwei Strukturelementen: der epistemischen Struktur als Informationsträger (Wissensbestand) und der heuristischen Struktur als Bank von Operatoren (Finde- und Problemlösungsverfahren). Der Klient erweitert sein Wissen über die das Problem

konstituierenden und modifizierenden Bedingungen durch eine Um- und Neuorientierung seiner subjektiven Erlebnisweisen (Korrektur seiner Wahrnehmungen, seiner Vorstellungen, Erwartungen, Befürchtungen, seines Denkens, seiner Gefühle und Einstellungen).

"Um Probleme günstig zu lösen, muß der Problemlöser nicht nur auf Wissensbestände der epistemischen Struktur zurückgreifen können. Als wesentliches Bestimmungsstück für effektive Problemlösung kommt hier die Fähigkeit des Menschen dazu, Um- und Neustrukturierung von Gedächtnisinhalten (selbständig) vornehmen zu können. Der Problemlöser wendet dazu heuristische Verfahren oder kurz Heurismen an. Heurismen lassen sich als Operatoren zur Bildung von Operatoren verstehen. Sie sind sozusagen Metaoperatoren. Die Problemlöser benutzen sie als Problemlösungsstrategien, zumeist durch eigene und/oder fremde Erfahrungen gestützt, die sich aus ihrer Anwendung in voneinander zumeist verschiedenen Situationen und Problemstellungen ableiten lassen." (Fiedler, P. A.: Psychotherapieziel Selbstbehandlung. Weinheim 1981, S. 34)

In der Denkpsychologie, speziell der Kreativitätsforschung, sind eine Reihe Problemanalysen und -lösungen systematisiert und zu Problemlösungsregeln und -strategien verarbeitet worden. Bromme und Hömberg haben sie in eine überschaubare Ordnung gebracht, in eine Klassifikation möglicher heuristischer Regeln selbständigen Problemlösens (vgl. Bromme, R. und Hömberg, E.: Psychologie und Heuristik. Darmstadt 1977, S. 8 - 22). Ich gebe sie hier etwas gekürzt wieder:

1) Regeln für die Problemanalyse und die Planung des Vorgehens:

- Erfasse die Problemsituation.
- Beschreibe das Problem präzise.
- Führe passende Bezeichnungen ein.
- Klassifiziere das Problem.
- Formuliere Teilziele.
- Plane die Arbeitsschritte.

...

2) Regeln für die Eingrenzung des Lösungsraumes:

- Orientiere Dich an dem anzustrebenden Ziel.
- Schränke den zulässigen Lösungsbereich ein.
- Formuliere Prioritäten.
- Lege die Variablen fest, mit denen die Lösung erreicht werden soll.

3) Regeln für die Generierung von Lösungshypothesen:

- Formuliere Hypothesen (z. B. mit Hilfe von Analogien).
- Verwende ein Modell.
- Variiere die Problemstellung.

4) Regeln für die Auswahl der Lösungshypothesen:

- Formuliere alle Möglichkeiten und wähle die beste aus.
- Suche die Lösung durch trial-and-error-Verhalten.
- Suche die Lösung durch sukzessive Approximation.

5) Regeln für die Überprüfung der Lösung:

- Überprüfe die Lösung.
- Ziehe Lehren aus der angewendeten Lösungsmethode.

Das Problemlösungshandeln vollzieht sich in den meisten Fällen in einem sozialen Kontext. Wenn man diesen Aspekt betrachtet, so spricht man vom interpersonellen Problemlösen.

Die Kognitive Verhaltenstherapie konzentriert sich in ihrer Arbeit auf die Vermittlung kognitiver und sozialer Fertigkeiten. Mit der kognitiven Umstrukturierung soll zugleich eine verbesserte soziale Haltung und Aktivität, d. h. eine soziale Handlungskompetenz, erreicht werden.

Im einzelnen läßt sich diese Kompetenz an folgenden fünf Fertigkeiten ablesen:

- Sensitivität für interpersonelle Probleme ,
- Erzeugen von alternativen Lösungen in Problemsituationen ,
- Planung für einzelne Schritte sowie Mittel zur Lösung eines interpersonellen Problems ,
- Voraussetzen und Einbeziehen der Konsequenzen sozialen Handelns als Auswirkung auf andere und einen selbst ,
- Aktivität in sozialen Problemsituationen .

Was sollen wir bei einem vorliegenden Problem und bei dem Versuch, es zu lösen, beachten?

- 1) Akzeptiere, daß Probleme normal sind und im Leben eine wichtige Rolle spielen.
- 2) Reagiere nicht sofort 'impulsiv' auf ein Problem. Hüte Dich aber zugleich davor, gar nichts zu unternehmen.
- 3) Definiere, konkretisiere und zergliedere das Problem. Versuche, es sprachlich zu erfassen.
- 4) Beschreibe wichtige frühere Erfahrungen im Umgang mit einem ähnlichen Problem.
- 5) Versuche die vermutlichen Ursachen für das Problem zu finden.
- 6) Erkenne die Bedingungen, die das Problem vermutlich aufrecht-erhalten bzw. die Problemlösung erschweren.
- 7) Finde und prüfe Alternativen für die Lösung des Problems. Formuliere und beurteile Ziele und Teilziele.
- 8) Durchdenke die Konsequenzen der Alternativen, wäge sie gegen-einander ab.
- 9) Entscheide Dich für die Lösung, die die größten Erfolgschancen hat.
- 10) Habe keine Angst vor einem Rückschlag oder Rückfall. Sei darauf vorbereitet.

## 5. Die Attribution

Der Mensch ist bemüht, Ordnung in seine Erfahrungen zu bringen, indem er Zusammenhänge zwischen Erscheinungen erschließt. Eine der wichtigsten Schlußfolgerungen des Menschen bezieht sich auf die Ursachen seines Verhaltens. Die angenommenen Ursachen beeinflussen das Verhalten. Klinisch bedeutsam ist dabei die Art der Kausalattribution.

"Wenn wir beispielsweise folgern, daß unsere Migräne-Kopfschmerzen und Schwindelanfälle eher von einem bevorstehenden psychotischen Ausbruch und nicht so sehr von dem zufälligen Einatmen von Insektengift auf dem Heimweg von der Arbeit stammen, wird sich unser darauffolgendes Verhalten in entscheidender Weise verändern. Ähnlich verhält es sich, wenn wir eine schlechte Note eher dem Vorurteil des Lehrers als unserer eigenen Inkompetenz zuschreiben ... Wird ... unserer Depression eine ... krankhafte Ursache zugrundegelegt, wird es uns schwerfallen, selbst daran etwas aktiv zu verbessern." (Mahoney, S. 245)

Die Art der Kausalattribution wird durch viele Faktoren beeinflusst: Frühere Erfahrungen, Umfang und Art der gegenwärtig verfügbaren Informationen. Auch spielt der Adressat der Attribution eine Rolle. Wir führen bei einem anderen, besonders wenn er versagt hat, dies zumeist auf schwächere Persönlichkeitseigenschaft, wie Intelligenz, Willenskraft, Ausdauer u. a. zurück. Bei uns selbst neigen wir dazu, weniger eine persönlichkeitspezifische, sondern eher eine situative Attribution vorzunehmen (Vorurteile der Lehrer, zu schwere und unverständliche Prüfungsaufgaben, Wetterlage). In drei Konzepten wurde das Attributionskonzept in spezifischer Weise weiter verfolgt, in der Psychologie der Lokalisation der Kontrolle, in der Therapie der Fehlattri-bution und in der Selbstwahrnehmungstheorie.

### Lokalisation der Kontrolle

Menschen können sich als aktive Urheber oder passive Empfänger von Umwelteinflüssen auffassen, erstere glauben an eine interne, letztere an eine externe Kontrolle. Rotter hat durch die Aufstellung der I-E-Skala ein Maß für die internale-externale Selbstwahrnehmung erarbeitet (Rotter, J. B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychol. Monogr. 1966, 80). Der



Klient hat zwischen Paaren von gegensätzlichen Meinungsäußerungen zu wählen (z. B.: In meinem Leben ist vieles schief gegangen. Meistens waren andere daran schuld ... Meistens habe ich selbst schuld daran gehabt). 'Internale Personen' übernehmen in konkreten Situationen mehr Initiative und Verantwortung. Sie beschaffen und verwerten Informationen wirkungsvoll, setzen sie bei Vorhaben, bei Schwierigkeiten und Konflikten besonnen ein, lernen aus Erfahrung, arbeiten an sich und an der Verbesserung ihrer Lage. Demgegenüber erwarten 'externale Personen' Hilfe von anderen und von der Veränderung der Umstände. Da diese Hilfe und Veränderung zumeist nicht eintritt, sind sie enttäuscht, oft zweifeln sie an ihren Fähigkeiten, geraten dann in eine 'gelernte Hilflosigkeit' und depressive Verstimmung. Für die Therapie ist es wichtig, daß der Klient eine aktive bewältigende Orientierung aufbaut. "Wenn sich jemand eher als passive Schachfigur und nicht so sehr als verantwortlich handelnd wahrnimmt, wird er mit viel geringerer Wahrscheinlichkeit aus der Therapie einen Nutzen ziehen ..." (Mahoney, S. 249).

#### Therapie der Fehlattribution

Der von Schachter und Singer erarbeitete Ansatz enthält einige praxisrelevante Therapievorschläge (vgl. Schachter, S. u. Singer, J. E.: Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. Psychol. Rev. 1962, 69, S. 379 - 399). Die Autoren befassen sich mit der Rolle des kognitiven Etikettierens bei emotionaler Erregung. Nach ihren Untersuchungen wird das Verhalten der Menschen entscheidend vom kognitiven Etikett für ihre physiologische Erregung beeinflusst. Die an sich neutrale Erregung kann durch suggestive Beeinflussung als angstvoller rger oder als hoffnungsvolle Freude erlebt werden. "Die Art des Etiketts, das der autonomen Erregung zugeschrieben wird, kann ... sowohl subjektives Leiden als auch nachfolgendes Verhalten entscheidend beeinflussen. Wenn mein Konzentrationsmangel und meine erhöhte Erregung das Ergebnis von wenig Schlaf in der Woche vor meiner Schlußprüfung sind und nicht durch eine von mir befürchtete Geisteskrankheit verursacht wurde, werden meine Handlungen sehr verschieden sein." (Mahoney, S. 250)

In der Therapie hat der Therapeut die selbstschädigenden Etikettie-

rungen des Klienten aufzuspüren, sie ihm bewußt zu machen und den Klienten zu neutralen bzw. - wenn Situation und Lagebefindlichkeit des Klienten es zulassen - positiven Etikettierungen anzuleiten.

### Die Selbstwahrnehmungstheorie

Die Selbstwahrnehmungstheorie von Bem ist als ein wichtiges Argument für den Einsatz gezielter Verhaltensübungen in der Therapie anzusehen (vgl. Bem, D. L.: Self-perception theory. In: Berkowitz, L., Ed. : Advances in experimental social psychology. Vol. 6, NY 1972, S. 1 - 62). Die Selbstwahrnehmungstheorie behauptet: "Personen lernen ihre eigenen Einstellungen, Gefühle und anderen inneren Zustände 'kennen', indem sie von Beobachtungen ihres eigenen offenen Verhaltens und/oder aus den Bedingungen, unter denen dieses Verhalten vorkommt, Schlußfolgerungen ziehen. Deshalb ist jemand - außer seine internalen Hinweisreize sind schwach, nicht eindeutig oder nicht zu interpretieren - von seiner Funktion in derselben Position wie ein außenstehender Beobachter, der sich notgedrungen auf dieselben externalen Hinweisreize beruft, um die inneren Zustände einer Person herzuleiten." (Bem, S. 2) Wir folgern daraus, daß Gefühle der Selbstsicherheit und Zuversicht durch Einübung in selbstsicheres Verhalten indiziert und erlebt werden. Wir sollten uns aber nicht auf diesen einseitigen Weg beschränken. Kognitive Verhaltenstherapie berücksichtigt die komplizierte Wechselwirkung von Überzeugung und Verhalten. Unsere Überzeugungen (Selbstwahrnehmungen) werden durch unser Verhalten beeinflusst, und unser Verhalten wird wiederum durch unsere Überzeugungen beeinflusst.

### 6. Das therapeutische Paradigma: Wissenschaftler für die eigene Person

In den letzten zehn Jahren hat sich innerhalb der Verhaltenstherapie eine dramatische Wende ergeben. Im traditionellen Modell des Lernens ist einiges in Bewegung geraten; selbst ihre Konstrukteure betrachten es kritisch. Es findet eine Konvergenz statt in Richtung einer umfassenderen Kognitiven Verhaltenstheorie. Jede verhaltenstheoretische Zeitschrift der letzten Jahre bietet eine angemessene Bestätigung dieses Trends.

Innerhalb der neueren verhaltenstheoretischen Forschung wird die Vermittlung betont. Die kognitiv-symbolischen Handlungen sind beim Rahmenthema Verhaltensmodifikation ein bevorzugtes Forschungsthema. Ähnliche Trends zeigen sich auch auf anderen psychologischen Gebieten, auf dem Gebiet der Wahrnehmung, des Problemlösens, der Motivation usw. Dember formuliert kurz und bündig: 'Psychologie ist kognitiv geworden'. (Dember, W. N.: Motivation and the cognitive revolution. Am. Psychologist, 29, 1974, S. 161)

Eine wichtige Rolle bei der kognitiven Wende spielt die Information. "Ein großer Prozentsatz der am menschlichen Verhalten beobachteten Varianz scheint durch zentrale, informationsübermittelnde Prozesse beeinflusst zu werden. Literatur, die die Gebiete des stellvertretenden Lernens, der Bewußtheit, Erwartung und des Problemlösens abdeckt, bestätigt leicht diesen Brennpunkt." (Mahoney, S. 307)

Eine Reihe bereits etablierter Therapien legen besonderen Wert auf die systematische Veränderung von Gedanken und Vorstellungen. Es wird angenommen, daß diese verdeckten Ereignisse eine entscheidende Rolle bei Verhaltensstörungen spielen. Sie verwenden verdecktes Modelllernen, Selbstinstruktion und teilnehmendes Modelllernen als strukturiertes Training in der Veränderung der kognitiven Verhaltensweisen.

Kognitive Verhaltensmodifikation konzentriert sich in den letzten Jahren nicht nur auf den Abbau selbstschädigender Gedanken und irrationaler Überzeugungen, sondern im zunehmenden Maße auf die Förderung von Bewältigungsfertigkeiten (coping-Prozesse). Deutlich wird dies besonders in einer Breitbandtherapie, die das Training der Selbstkontrolle, der Selbstsicherheit und des Problemlösens in die Therapie der Verhaltensmodifikation einbezieht.

Jede Therapie - will sie erfolgreich sein - muß den Klienten mit umfassenden und wirksamen Bewältigungsfertigkeiten ausstatten. Dieser Gesichtspunkt ergibt sich aus der Tatsache, daß die Klienten wohl wegen eines dominierenden Problems zur Therapie kommen, in der Therapie sich aber fast durchgängig zeigt, daß multiple Beschwerden vorliegen.

Mahoney weist auf die gleiche Ausgangslage hin, in der ein forschender Wissenschaftler und ein Klient stehen. "Zwischen einem empirischen Forschungsproblem und einem Kummer bereitenden persönlichen Problem gibt es wenige qualitative Unterschiede, obwohl ihre Parameter und autonomen Begleiterscheinungen variieren können. Wir dichotomisieren jedoch oft ihre angeblichen Lösungen. 'Professionelle' Probleme werden mit der wissenschaftlichen Methode angegangen - systematische Beobachtung, Formulierung von Hypothesen, überprüfende Tests usw. Andererseits werden 'persönliche' Probleme so behandelt, als ob sie verschieden wären. Nach meiner Meinung ist dieser doppelte Maßstab sowohl ungerechtfertigt als auch möglicherweise der optimalen klinischen Beeinflussung nach abträglich. Wir sollten danach streben, unsere Klienten mit denselben technischen Fertigkeiten auszustatten, die wir als Forscher verwenden, um problematische Situationen anzugehen und zu lösen. Wir sollten also unsere Bindung an den Empirismus mitteilen und Therapie als eine Lehre sehen, in der Wissenschaftler für die eigene Person ausgebildet werden sollen - Individuen, die ihr eigenes Verhalten funktional analysieren und systematisch verbessern können. Wir sollten einen 'intimen Empirismus' vorführen und lehren, mit einem Training der Problemanalyse, der Hypothesenerstellung, des bewertenden Experimentierens usw." (Mahoney, S. 310)

Eine Therapie, die die Aneignung umfassender Bewältigungsfertigkeiten zum Ziel hat, ist komplex. Es müssen dem Klienten in der Therapie die konstituierenden Elemente in einer Komponentenanalyse verdeutlicht werden:

#### 1) Orientierung

Dem Klienten wird ein allgemeiner Überblick über die Therapie gegeben. Therapie wird dargestellt als eine Lehre vom Problemlösen. Persönliches Leiden und Verhaltensdefizite werden als Ergebnisse von individuellen und umwelthaften Einflüssen beschrieben.

Dem Klienten wird die Rolle eines aktiven und verantwortlich Handelnden zugewiesen.



Der Erwerb angepaßter Fertigkeiten geschieht über Instruktion, Modellernen und graduelle Handlungsanweisungen.

Genaues Registrieren ist ein entscheidender Bestandteil selbstüberwachender Therapie. Die Therapie muß sich im Fortschreiten an den registrierten Daten orientieren. Der Klient soll sich selbst als aktiver Teilnehmer eines Selbstverbesserungsunternehmens betrachten.

Der Therapeut stellt sich als technischer Berater und Lernbeistand dar, der sowohl eine theoretische Konzeption als auch eine Sammlung von relevantem Erfahrungswissen hat.

Die in dieser Einführung zu erreichende Erwartungshaltung des Klienten ist für die Therapie wichtig. Sie fördert die konzentrierte Aufmerksamkeit, steuert die Verhaltensweisen und beeinflusst die antizipierten Konsequenzen. Der Klient soll durch die Erwartung seine Aufmerksamkeit auf die in Gang gesetzten Verbesserungen seiner Befindlichkeit und seines Verhaltens richten.

Die Erwartung, die dem Klienten nahegelegt wird, soll nicht naiv optimistisch sein, sondern empirisch besonnen, d. h. sie soll die schrittweise erforderliche Selbstkorrektur lenken.

Es gibt kein therapeutisches Versagen, sondern nur untaugliche Lösungen. Diese 'negativen Ergebnisse' sollen in die selbstkorrigierende Schleife des fortschreitenden Problemlösens eingegeben werden.

## 2) Problemdefinition

Um die Vorgehensart in der Therapie möglichst exakt zu planen, ist es erforderlich, daß der Klient seine persönlichen Probleme differenziert angibt. Hierbei ist es meist erforderlich, daß der Therapeut mitwirkt. Je spezifischer die Störung - das Verhaltensdefizit, der Verhaltensexzeß, die Anreizdefizite, die abweichende Reizbeantwortung - erfaßt wird, desto präziser kann die Problemanalyse durchgeführt und können spezifische Veränderungsziele aufgestellt werden.



### 3) Problemanalyse

In dieser Phase hat der Klient eine aktive Selbstprüfung durch systematische Beobachtung und Selbstregistrierung vorzunehmen. Der Klient soll Regelmäßigkeiten in problematischen Strukturen entdecken und beschreiben. Soziale, kognitive und situative Kovariablen werden genau untersucht. Es kommt in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten zur Aufstellung von Lösungshypothesen. Es wird die Aufmerksamkeit besonders auf die verschlimmernden Kognitionen gerichtet: auf die Selbstaussagen, Verhaltensmaßstäbe, fehlangepaßten Selbstbewertungen, Fehler im Schlußfolgern usw. Der Klient lernt die Selbstentdeckung problematischer Strukturen und das Abwägen möglicher Lösungen.

### 4) Produktion einer Lösung

Die möglichen Lösungen werden formuliert und diskutiert. Der Klient wird aufgefordert, möglichst mehrere Lösungen zu finden. Es wird die Aufmerksamkeit auf die wahrscheinlichen Konsequenzen der verschiedenen Möglichkeiten gerichtet.

### 5) Persönliches Experimentieren

Eine oder mehrere Lösungen werden vorbereitend überprüft und erprobt. Hierbei soll sich der Klient Zeit lassen, mindestens etwa zwei Wochen.

### 6) Evaluierung

Der Klient sieht die persönlichen Aufzeichnungen durch und wertet den bisherigen Fortschritt. Wenn die Bewertung positiv ist, dann wird die Aufmerksamkeit auf die Aufrechterhaltung und Erweiterung der Verbesserung gerichtet. Ist die Bewertung negativ, so wird das persönliche Experiment als wertvolle Lernerfahrung betrachtet; es wird eine alternative Lösung erwogen, überprüft - also die Experimentierphase fortgeführt.

## 7) Bewältigungsfertigkeiten

Mit der Problemlösung gelangt der Klient auch dazu, erweiterte Bewältigungsfertigkeiten zu entwickeln. Schrittweise werden umfassendere Äußerungen persönlicher Entscheidungskraft gefördert, und die Lenkung des Therapeuten wird graduell ausgeblendet.

Einige allgemeinere Erkenntnisse sind für die Kognitive Verhaltenstherapie von Bedeutung:

- Der Erwerb der Bewältigungsfertigkeiten korreliert nur schwach mit den Maßen der Intelligenz.
- Die Kognitive Verhaltenstherapie verfolgt grundsätzlich eine doppelte Strategie: Sie bemüht sich um die Veränderung von Kognitionen und befaßt sich mit der Einübung neuer Verhaltensweisen.
- Der Klient soll über Beobachten, Hypothesenaufstellung, Prüfen der Hypothesen zu einer Problemlösung kommen. Um diese Schritte dem Klienten zu verdeutlichen, ist es wichtig, von seinem Erfahrungsniveau auszugehen, also gelegentlich an ganz konkreten Beispielen das Problemerkennen und -lösen zu verdeutlichen. So hört z. B. der Automechaniker ein abweichendes Motorengeräusch. Dann stellt er Hypothesen über mögliche Ursachen auf, überprüft einige Hypothesen, bis er zur Lösung kommt.

Wie, auf welchen Wegen und mit welchen Mitteln werden die angestrebten Veränderungen erreicht?

### (1) Verstärkung

Die systematische Verstärkung spielt für die verbessernde Veränderung eine große Rolle. Der Therapeut fördert durch seine Anerkennung Motivation und Lernbemühung. Allerdings ist es wichtig, daß die Verstärkungen systematisch und nicht sporadisch stattfinden. Im Verlauf der Therapie - mit dem Wachstum der Bewältigungsfähigkeiten - wird der Therapeut die Verstärkungen nur noch selektiv anwenden. Dieser Übergang zur intermittierenden Verstärkung muß auch sorgfältig bedacht und in Gang gebracht werden. Die Verstärkung hat sich auf wirkliche Fortschritte zu beziehen.

...

## (2) Modell-Lernen

Dem stellvertretenden Lernen kommt in der Therapie große Wirksamkeit zu. Deshalb sollte der Therapeut seine eigenen Probleme möglichst erfolgreich abgearbeitet haben. Dabei braucht er bzw. sollte er gar nicht perfekt erscheinen. Der Klient sollte sehen, daß der Therapeut sich bemüht, seinen therapeutischen Prinzipien gemäß zu leben. Im Rollenspiel kann der Therapeut sowohl kognitive als auch nicht-kognitive Fertigkeiten demonstrieren. Durch 'lautes Denken' und Mitteilen seiner Vermittlungsfertigkeiten kann der Therapeut eine wertvolle Hilfe zur Entwicklung der Kognitionen des Klienten sein.

## (3) Graduelle Ausführung von Aufgaben

Zunächst ist darauf hinzuweisen, daß sich die Aufgaben nicht auf einen einzelnen Funktionsbereich beschränken. Da die meisten klinischen Störungen multimodal sind, also mehrere Nervensysteme beanspruchen, müssen auch die Aufgaben - jeweils nach der Struktur der Störung - graduell aufgeteilt und sowohl verbal als auch nonverbal gestellt sein. So zeigt sich z. B. in der Therapie, daß der Klient oft erst bei den Verhaltensproben zur genaueren Einsicht in seine Schwierigkeiten kommt. Die einzelnen Bereiche beeinflussen sich dabei gegenseitig, Fortschritte in einem Bereich, z. B. dem affektiven Expressionsbereich, wirken fördernd auf einen anderen Bereich, hier z. B. den verbalen Äußerungsbereich. Im allgemeinen werden die Aufgaben, die der Therapeut dem Klienten stellt, im Schwierigkeitsgrad gestaffelt. Man beginnt mit leicht zu bewältigenden Herausforderungen und stellt zunehmend größere Anforderungen an den Klienten.

## (4) Selbstbewertung

Auf die meisten menschlichen Verhaltensweisen folgen keine unmittelbaren externen Konsequenzen. Viele werden jedoch von wertenden Selbstreaktionen begleitet. Diese inneren Konsequenzen haben eine ausgezeichnete Bedeutung im Rahmen der Verhaltensregulation und des Verhaltensaufbaus. Wir leben in einer Kultur, die häufig Selbstbewertung fordert. Allerdings fördert diese Kultur zumeist gestörte Selbstbe-

wertungen: Wir sollen uns selbst gering schätzen. Durch Zugeständnis unserer eigenen Unzulänglichkeiten mildern wir die Kritik anderer. Selbstlob ist religiös unerwünscht, Demut und Askese werden als Tugenden gepriesen. Andererseits heißt es aber auch, daß wir den Nächsten so lieben sollten, wie uns selbst. Es wird also die Selbstliebe als eine ganz natürliche Sache angesehen. In der Therapie ermutigen wir den Klienten zur positiven Selbsteinschätzung, wissen wir doch, daß sie die Grundlage des Selbstvertrauens ist. Die Selbstverstärkung ist eine wichtige Stütze des therapeutischen Fortschritts.

#### (5) Wertorientierung

Es wird oft die These vertreten, der Therapeut habe auf die Wertorientierung der Klienten keinen Einfluß zu nehmen, seine diesbezüglichen Entscheidungen zu respektieren. Dazu ist dreierlei zu sagen: Erstens sind Wertentscheidungen zum großen Teil Produkte früherer Lerngeschichte und der gegenwärtigen Einflüsse. Der Therapeut hat also, ob beabsichtigt oder nicht, einen Einfluß auch auf die Wertvorstellungen des Klienten. Zweitens sollten wir als Therapeuten unsere Wertvorstellungen klären und sie nicht geringer in ihrer Bedeutung einschätzen als die Einflüsse früherer und anderer Bezugspersonen des Klienten. Drittens: Wir sollten die Wertvorstellungen des Klienten respektieren, ihm also nicht unsere Wertvorstellungen aufdrängen, sie aber in aller Offenheit auf ihre Konsequenzen hin analysieren und evtl. kritisieren.

#### IV. Die Kognitive Therapie - der Depression (Beck)

Die kognitive Therapie Becks hat ihre besonderen Verdienste durch das umfassende Konzept der Depressionsinterventionen erworben. Es wird in diesem Abschnitt darauf nicht näher eingegangen. Es sollen in fünf Kapiteln die grundsätzlichen Aspekte dieser Therapie herausgestellt werden.

##### 1. Die Bedeutung der Gedanken, Gefühle und Grundannahmen

Menschliches Verhalten läßt sich nur verstehen, wenn wir die Gedanken und Gefühle erkennen, die das Verhalten lenken. Der Zusammenhang zwischen Denken und Fühlen ist sehr kompliziert.

Die wahrgenommene oder vorgestellte Situation verleiht einer Grundbeziehung spezifische Form und Färbung. A liebt B: Wenn B in der Nähe von A oder weit weg ist, wird A entweder Freude oder Sehnsucht empfinden; wenn A an die gemeinsame Zukunft denkt, diese ihm positiv oder negativ erscheint, so wird er Hoffnung oder Verzweiflung entwickeln; wenn A an vergangene Zeiten denkt, so wird er je nach ihrem Verlauf Dankbarkeit oder Reue empfinden.

Der Mensch versucht, im Einklang mit seinen Gedanken (Meinungen, Bewertungen, Urteilen, Vorstellungen) und Gefühlen zu leben.

Wir erkennen dies deutlich, wenn wir über einen anderen, den wir bereits beurteilt haben, widersprechende neue Informationen erfahren.

Heider berichtet über ein Experiment, das Esch 1950 publiziert hat. Esch legte 101 Versuchspersonen (Oberschüler, Studenten und anderen Erwachsenen) folgende Beschreibung einer sozialen Situation vor und bat sie, das wahrscheinlichste Ereignis anzugeben:



Bob hält Jim für dumm und langweilig. Eines Tages liest Bob einige Gedichte, die ihm sehr gut gefallen. Er macht sich die Mühe, den Autor zu ermitteln, um ihn persönlich kennenzulernen. Bob erfährt, daß die Gedichte von Jim stammen.

Welches Ergebnis wurde nun von den Versuchspersonen erwartet?

- 46 % Bob ändert seine Meinung über Jim; er denkt jetzt positiv von ihm.
- 29 % Bob ändert seine Meinung über die Gedichte; er findet sie jetzt miserabel.
- 5 % Bob zweifelt daran, daß die Gedichte von Jim stammen.
- 2 % Bob meint, Jim habe - wie viele Menschen - Vorzüge und Nachteile. Im Gedichteschreiben sei Jim gescheit, sonst aber dumm.
- 18 % gaben keine eindeutige Antwort.  
Bob weiß nicht, wo er jetzt dran ist. Vielleicht mag er die Gedichte noch, aber kann sich nicht mehr für sie begeistern.

(Esch, J.: A study of judgments of social situations. Unveröffentl. Semesterarbeit. Univ. of Kansas 1950)

Viele Menschen neigen dazu, in vielen Situationen, die sich in gewissen entscheidenden Punkten gleichen, ähnlich zu reagieren. Wir sprechen den einzelnen dann bestimmte Charaktereigenschaften zu.

"Diese Beobachtungen hinsichtlich der Konstanz von Reaktionen deuten darauf hin, daß jeder Mensch einen allgemeinen Normenkodex besitzt, der seine Reaktionen auf bestimmte Situationen steuert. Diese Normen bestimmen nicht nur seine Handlungen, sondern bilden auch die Grundlage für seine jeweiligen Interpretationen, seine Erwartungen und Selbstinstruktionen. Dieser Normenkodex ist außerdem der Maßstab, an dem er die Wirksamkeit und Angemessenheit seiner Handlungen mißt und nach dem er seinen Wert und seine Attraktivität schätzt. Er befolgt diese Verhaltensregeln, um seine Ziele zu erreichen, sich vor physischem und psychischem Schaden zu bewahren und stabile Beziehungen zu anderen aufrechtzuerhalten.

Die naheliegendsten Verhaltensregeln sind Normen und Vorschriften. Jeder einzelne hat einen internalisierten Normenkodex, einen Kata-

log von Verhaltensregeln, nach dem er handelt und sich und andere bewertet. Diesen Normenkodex benutzt er zur Beurteilung, ob sein eigenes Verhalten oder das anderer Menschen 'richtig' oder 'falsch' ist. Dieser Regelkatalog dient ihm auch als Maßstab zur Bewertung des Erfolges einer bestimmten Leistung. Aufgrund dieser Maßstäbe und Prinzipien weist er sich (oder andere) an, wie er sich in einer bestimmten Situation zu verhalten hat.

Wir benutzen Normen und Regeln nicht nur zur Steuerung unseres Verhaltens, sondern auch als Bezugsrahmen zum Verständnis von Lebenssituationen. Unser Regelkatalog enthält ein Kodierungssystem, das es uns ermöglicht, die Bedeutung von Reizen und Ereignissen zu entschlüsseln." (Beck, A. T.: Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen. Mchn. 1979. Leben lernen 39, S. 39 f.)

Jeder Mensch handelt nach seinem eigenen spezifischen Normenkodex. Zugleich bewertet er gemäß der Normen und Prinzipien seine und andere Handlungen, auch wie andere seine Handlungen beurteilen. Die Normen sind - ähnlich wie bei vielen Tieren die Instinkte innerhalb der Lebensdynamik - zentraler Bestandteil der Kognitions- und Handlungsdynamik.

Beck zeigt an einem Beispiel, wie sich die persönlichen Deutungen einer Situation je nach dem Normenkodex, der von den Beteiligten angewandt wird, in den Gefühlen und Verhaltensweisen unterscheidet (B., S. 40 f.):

Ein Dozent bemerkte beiläufig zu zwei Studentinnen (Fräulein A und Fräulein B), die in seinem Seminar miteinander redeten: 'Wenn Sie etwas zu sagen haben, dann teilen Sie es bitte uns allen mit oder seien Sie still.' Fräulein A entgegnete aufgebracht, daß sie lediglich versucht habe, eine bestimmte Frage zu klären. In der folgenden allgemeinen Diskussion griff sie den Lehrer mehrmals wegen inhaltlicher Schwächen seines Vortrags an und äußerte scharfe Kritik an seinem Standpunkt. Fräulein B, die sich an den Diskussionen des Seminars meist eifrig beteiligt hatte, machte nach der Bemerkung des Lehrers einen traurigen und in sich gekehrten Eindruck und sagte bis zum Ende der Stunde nichts mehr.

...

Die gegensätzlichen Reaktionen dieser beiden Mädchen sind auf die unterschiedlichen Normen zurückzuführen, anhand derer sie die Situation deuteten und die ihre Reaktionen steuerten. Fräulein A interpretierte die Bemerkung des Lehrers so: 'Er versucht, mich zu bevormunden. Er behandelt mich wie ein Kind!' Ihre emotionale Reaktion bestand aus Zorn. Die allgemeine Regel, die dieser Interpretation zugrunde lag, war: Zurechtweisung durch Autoritätspersonen = Unterdrückung und Geringschätzung. Ihre Selbstinstruktion lautete: 'Zeige ihm, daß du dir das nicht gefallen läßt.' Die Verhaltensregel, die ihrem Gegenangriff zugrunde lag, besagte: 'Ich muß mich an Leuten schadlos halten, die mich schlecht behandeln.' Fräulein B interpretierte die Situation so: 'Er hat mich bei einer Ungehörigkeit ertappt. Er wird mich von jetzt an nicht mehr mögen.' Gefühl: Scham und Trauer. Regel: Zurechtweisung durch eine Autoritätsfigur = Blamage und Schwäche, eigene Schuld, Minderwertigkeit. Zurechtweisung = Ablehnung. Selbstinstruktion: 'Ich sollte meinen Mund halten.' Regel: 'Wenn ich schweige, mache ich nicht so leicht etwas falsch.' Auch: 'Wenn ich still bin, zeige ich, daß mir mein ungehöriges Verhalten leid tut.'

Wir sehen, wie die unterschiedliche Interpretation der beiden Mädchen, die in einem je spezifischen Normenkodex gründet, zu verschiedenen Verhaltensweisen führt. Das Verhalten repräsentiert also das Endprodukt persönlicher innerer Selbstinstruktionen.

Psychische Störungen beruhen auf Mißverständnissen, denen der Mensch im Laufe seines Lebens wiederholt ausgesetzt war; sie gründen in Denkfehlern und irreführenden Grundannahmen.

Psychische Probleme können durch eine Korrektur der falschen Auffassungen bewältigt werden. Der Therapeut hilft dem Klienten, seine Fehlorientierung und ihre Folgen zu erkennen, seine Denk- und Wahrnehmungsfehler zu korrigieren und produktives Erleben und Verhalten einzuüben. Da Selbstwahrnehmung, Einsicht, Realitätsprüfung und Lernen kognitive Prozesse sind, bezeichnet man eine Therapie, die auf diese Weise Neurosen angeht, als Kognitive Therapie.

"Die jüngste Entwicklung innerhalb der großen Schulen der Psychologie und Psychotherapie bestätigen die Bedeutung der Kognitiven Psychologie für das Verständnis und die Behandlung der Neurosen. Die sich anbahnende Konvergenz der Teilströmungen der Verhaltenstherapie und Psychoanalyse wurde von Robert Holt (1964) aufgezeigt (Holt, R.: The emergence of cognitive psychology. J. Am. Psychoanal. Assn. 12, 1964, S. 650 - 665). Bei Verhaltenswissenschaftlern und Psychoanaly-

tikern wächst die Erkenntnis, daß durch ihre Vernachlässigung des kognitiven Bereichs legitime und wichtige Probleme ungelöst blieben ... Angeregt durch Autoren, wie Hartmann (1977), Kris (1977) und Rapaport (1951) begann sich innerhalb der Psychoanalyse die Ich-Psychologie zu entwickeln (Kris, E.: Die ästhetische Illusion. Phänomene der Kunst in der Sicht der Psychoanalyse. Frkf. 1977; Rapaport, D.: Organization and Pathology of Thought: Selected Sources. NY 1951). Die Aufmerksamkeit galt nun der Beschaffenheit der Realität und der Anpassung des Menschen an diese. Lernvorgänge sind immer im Mittelpunkt des Interesses der Verhaltenswissenschaftler gestanden; allmählich haben sie auch begonnen, sich für Gedanken und Denkprozesse zu interessieren ... Die entscheidende Bedeutung der Kognitiven Psychologie als Mittel zum Verständnis menschlicher Probleme wurde von Arieti (1968) hervorgehoben, einem Psychoanalytiker, der die Kognition als das 'Aschenbrodel' auf dem Gebiet der Psychiatrie bezeichnet hat (Arieti, S.: The present status of psychiatric theory. Am. J. Psychiat. 124, 1968, S. 1630-1639, S. 1637). Er führt an: 'Ein großer Teil des menschlichen Lebens hat mit begrifflichen Konstrukten zu tun. Es ist unmöglich, einen Menschen ohne so wichtige kognitive Konstrukte wie das Selbstbild, die Selbstachtung, die Selbstidentität und Identifizierung, seine Hoffnungen und Selbstprojektionen in die Zukunft zu verstehen.'" (B., S. 22 f.)

Das kognitive Bemühen um Verständnis und Behandlung von neurotischen Störungen stützt sich in höherem Maße auf Alltagserfahrungen, so daß Therapieplanung und Therapiefortschritte unmittelbarer vom Klienten registriert werden können.

Die Umweltreize haben nur insoweit Macht über uns, als diese bei unseren seelischen Rezeptoren 'ankommen'. Unser seelischer Apparat kann die Signale von draußen fernhalten oder verdrehen, so daß wir mit dem Geschehen um uns her nicht mehr im Einklang stehen. Eine größere Diskrepanz zwischen den inneren und äußeren Systemen gipfelt in einer psychischen Störung.

- Ein Mann spürt, wie sich jedesmal, wenn er mit seinem Auto durch einen Tunnel fährt, seine Brust zusammenkrampft und sein Herz wie wild schlägt. Er beginnt, nach Luft zu ringen und glaubt, sterben zu müssen.



. Ein erfolgreicher Schriftsteller weint bitterlich, wenn man ihm Komplimente über seine Arbeit macht.

Man kann nun sowohl nach psychoanalytischer als auch nach verhaltenspsychologischer Theorie nach Entstehungsursachen fahnden, diese bewußt machen und die Situation und den Klienten zu neuen Lernprozessen führen.

Es scheint viel sinnvoller und erfolgversprechender, nach den je aktuellen Stützbedingungen zu fragen. Zwischen das Ereignis und die unangenehme emotionale Reaktion hat sich jedesmal eine Gedankenkette geschoben. Sie hat die emotionale Reaktion herbeigeführt. Wenn ein Klient lernt, diese selbstschädigenden Gedanken zu erfassen und festzuhalten, dann hat er die Chance für eine Umorientierung.

Der Fahrer hatte die Auffassung, dieser Tunnel könnte einstürzen, und dann würde er ersticken. Die Vorstellung rief die Symptome herbei. Der Schriftsteller, der sich in einer Depression befand, hatte sich folgende Meinung zugelegt: 'Die Leute sind nicht ehrlich zu mir. Sie wissen, daß ich mittelmäßig bin. Sie machen mir ständig verlogene Komplimente.' (B., S. 27)

Nach Ansicht der kognitiven Psychologen spielen die Gedanken eine entscheidende Rolle bei der Entstehung emotionaler Reaktionen. Je nachdem, wie wir eine Situation interpretieren - ungefährlich/gefährlich, freundlich/feindselig usw. -, reagieren wir in den Emotionen und im Verhalten. Bei psychischen Störungen herrschen unangemessene und unrealistische Beurteilungen von Ereignissen vor.

In der Therapie muß man zunächst lernen, auf die den Emotionen und dem Verhalten vorgeschalteten Gedanken zu achten. Die Gedanken laufen oft sehr verkürzt und schnell ab. Zumeist handelt es sich dabei um unangebrachte und unstimmige Selbst- und Situationsbewertungen.

Diese Einschätzungen geben sich in den mehr oder weniger verdeckten Selbstgesprächen kund. Wer gelernt hat, auf diese inneren Dialoge



zu achten, der gewinnt Einsicht in seine Schwierigkeiten und hat damit den Schlüssel zur weiteren Arbeit der Veränderung in der Hand.

Je gestörter ein Klient ist, desto aufdringlicher sind seine automatischen Gedanken. Diese Gedanken, so verschieden sie auch sein mögen, haben einige Kennzeichen gemeinsam: Sie sind im allgemeinen nicht vage und unformuliert, sondern spezifisch und scharf umrissen. Sie treten in verkürzter Form auf, sind also wie beim Telegramm auf wesentliche Worte beschränkt. Sie erscheinen nicht als Ergebnis einer Überlegung und Argumentation über ein Ereignis oder ein Thema; sie laufen einfach ab, gleichsam automatisiert. Die Klienten neigen zunächst dazu, diese Gedanken als vernünftig und sinnvoll anzusehen. Erst in der therapeutischen Arbeit lernen sie, die Unangemessenheit, Widersprüchlichkeit und Unsinnigkeit vieler ihrer Selbstgespräche zu erkennen.

Ich glaube, daß uns diese Zusammenhänge einleuchten. Wir haben alle ähnliche Erfahrungen gemacht. Eine Therapie sollte sich an der Alltagspsychologie orientieren, einer Psychologie der alltäglichen Erfahrung.

Trotz des offenkundigen Wertes des gesunden Menschenverstandes als Grundlage für das Verständnis und für die Veränderung von Einstellungen und Verhaltensweisen, sind uns auch seine Mängel bekannt. Er ist nicht imstande gewesen, uns plausible und brauchbare Erklärungen für die geheimnisvollen emotionalen Störungen zu liefern.

Nach wie vor gibt uns die Depression noch viele Rätsel auf. Eine Frau, voller Selbstvertrauen, Lebensfreude, Leistungs-, aber auch Liebesfähigkeit, versinkt innerhalb von Stunden in Niedergeschlagenheit, sie verliert das Interesse an allem, wofür sie sich früher eingesetzt hat. Sie vernachlässigt den Haushalt, die Kinder, entzieht sich der partnerschaftlichen Zuwendung. Sie quält sich mit Selbstkritik, hat schließlich nur noch den Wunsch zu sterben.

Wie soll man diese Veränderung erklären? Es ist weder ein schwerwiegendes Ereignis noch eine länger andauernde eheliche Krise auszumachen. Jede Fahndung nach solchen Ereignissen oder Krisen in früherer Zeit muß fehlgehen. Das Leben dieser Frau verlief offenkundig problemlos und gut; sie wurde von allen geschätzt, von ihren Bekannten geachtet, von ihrem Mann und ihren Kindern geliebt. Es ist also nicht weiterführend, die Ursache für die seit einiger Zeit eingetretene depressive Verstimmung in vergangenen oder gegenwärtigen Umwelteinflüssen zu suchen. Aber - so meinen wir mit Recht - der Veränderung muß doch eine Ursache zugrunde liegen. Wo ist sie zu suchen?

Da unser Verhalten und Fühlen von unseren Gedanken und Vorstellungen beeinflußt werden, sollten wir bei diesen die Ursache suchen. Wie denkt die Mutter von sich selbst, ihrer Leistung und ihrer Zukunft? Sie glaubt - trotz aller Beweise für das Gegenteil - als Mutter versagt zu haben; sie hält sich für zu schwach, um ihren Kindern die ihnen gebührende Zuwendung zu geben; sie stellt sich die Zukunft in düsteren Farben vor; die Kinder werden auch unglücklich sein; sie ist davon überzeugt, daß sie sich und die Abläufe des Geschehens um sie herum nicht ändern kann; sie sieht die Erlösung von diesem Lebenselend im Tod, ihrem eigenen und dem ihrer Kinder.

Wir fragen nach der Grundannahme der Frau, nach der Lebensvorstellung, die ihr Fühlen und Verhalten verständlich macht. Sie selbst kann uns, weil ihr Denken sich an viele Details klammert, keine Auskunft geben. Der Therapeut hat die Aufgabe, der Klientin zu dieser Einsicht zu verhelfen. Sie lautet hier z. B. 'Ich bin unfähig, mein Leben zu führen und meine Erziehungsaufgabe zu bewältigen. Ich und meine Kinder sind verloren.'

Wenn man einmal zu solch einer Selbsteinsicht und Lagebeurteilung kommt, dann ist es sinnvoll, sich von allem, was einen bisher interessierte, zurückzuziehen, sich aller Tätigkeit zu enthalten, also antriebslos zu sein, sich wegen der versäumten Pflichten selbst zu kritisieren und zu verurteilen.

Wenn die Klientin sich ihrer irrigen Annahmen und der aus ihnen entlassenen Erlebnis- und Verhaltensweisen bewußt wird, kann sie über verschiedene Methoden ihr Fehlverhalten korrigieren und die unrealistischen Vorstellungen revidieren.

## 2. Die Diskrepanz der subjektiv-privaten zur objektiv-offiziellen Ansicht und Einstellung

Unsere Interpretationen sollten nicht zu stark theoriebeladen sein. Sie sollten im Einklang mit dem gesunden Menschenverstand stehen.

Denken wir an einen Mann mit Waschzwang. Er verbringt übermäßig viel Zeit mit dem Schrubben seiner Hände. Auf sein Tun befragt, gibt er an, er mache sich Sorgen, mit Bakterien in Berührung zu kommen, die eine gefährliche Krankheit hervorrufen könnten. Im Gespräch gesteht er zu, daß diese Befürchtung übertrieben sei. Er setzt aber seine Waschungen fort, obwohl sie ihn in seinen beruflichen und gesellschaftlichen Beziehungen stören.

Der Psychoanalytiker kann dem Klienten Motive nennen, die weit zurückliegen. Er leide unter Schuldgefühlen, die auf verbotene, ihm unbewußte Wünsche zurückzuführen seien. Er versuche, diese Schuldgefühle wegzuwaschen, um wieder 'rein dazustehen'. Diese weit hergeholte Deutung mag stimmen oder auch nicht. Sie wird dem Klienten zumeist plausibel erscheinen, so daß er sie annimmt. Damit hat er aber therapeutisch nichts gewonnen. Wie sollte die gewonnene Einsicht auch die vermeintlichen unbewußten Wünsche auflösen können?

Vergangenheitsursachen mögen vielleicht hier und da bei Fehlverhaltensweisen mit wirksam sein. Anzugreifen und aufzulösen sind sie nicht.

Verändern können wir nur das, was unser Fehlverhalten stützt - die aktuellen Gedanken und Vorstellungen.

"Wenn man ... die Gedankengänge

des Patienten gründlich erforscht, treten folgende Fakten zutage: Wir erfahren, daß er, so oft er ein Objekt berührt, das Bakterien enthalten könnte, daran denkt, daß er sich eine schlimme Krankheit zuziehen könnte. Gleichzeitig sieht er sich leibhaftig in einem Krankenhausbett liegen und an dieser Krankheit sterben. Dieser Gedanke und die visuelle Vorstellung rufen Angst hervor. Um diese Angst zu bekämpfen und zu lindern, eilt er in den nächsten Waschraum und beginnt seine Hände zu schrubben." (B., S. 20)

Beck veranlaßt solche Klienten, in seiner Praxis schmutzige Gegenstände zu berühren. Er gibt ihnen - nach vorheriger Absprache - keine Gelegenheit, sich die Hände zu waschen. Da der Klient sich von dem angeblich verseuchten Schmutz nicht befreien kann, beginnt er spontan Erkrankungs- und Sterbensphantasien zu entwickeln, d. h. er sieht sich selbst als erkrankt, ins Krankenhaus eingeliefert, dort sterbend. Die Aufgabe des Therapeuten ist es jetzt, dem Klienten zu zeigen, daß sein Fieber, seine Atemnot, seine Schwäche Produkte seiner Befürchtungsvorstellungen sind, diese Symptome also real (noch) nicht existieren.

Der Einsicht in die Befindenstäuschung folgt der Abbau der Befürchtungsvorstellungen und der Angst. Damit vermindert sich der Waschzwang. Das Zwangsverhalten ist deshalb so hartnäckig, weil es nicht nur zur Bannung der Befürchtungsvorstellungen, sondern auch zur Abwehr der bereits eingetretenen Befindensstörung (Ich habe mich angesteckt; ich bin krank, schwach, habe Fieber, leide an Atemnot usw.) beiträgt.

Viele Kennzeichen emotionaler Störung erscheinen uns rätselhaft und mit den Gesetzen der Vernunft unvereinbar. Sobald wir jedoch die relevanten Informationen erkundet haben, können wir solches Verhalten entschlüsseln. Wir erkennen die Bedeutung, die sich in einer abnormen Reaktion verbirgt.

Beck erwähnt hier drei Personen: eine Frau, die drei Häuserblocks von ihrer Wohnung entfernt ist und sich einer Ohnmacht nahe fühlt;

...

einen Sportler, bei dem sich jedesmal, wenn er mit seinem Auto durch einen Tunnel fährt, die Brust zusammenkrampft und der Herzschlag beschleunigt, der nach Luft zu ringen beginnt und glaubt, sterben zu müssen; einen erfolgreichen Romanschriftsteller, der bitterlich weint, wenn man ihm Komplimente über seine Arbeit macht.

Wichtig ist, daß den Klienten die Gedankenketten und Vorstellungsbilder verdeutlicht werden, die zwischen dem auslösenden Ereignis und der unangenehmen emotionalen Reaktion ablaufen. Diese Gedanken und Vorstellungen sind die einzigen wirksamen und erkennbaren, damit auch therapierbaren Auslöser- und Stützursachen des Fehlverhaltens. Es führt nicht weiter, wenn Therapeuten diese Abweichungen gemäß ihrer Therapie auf vergangenes Tribschicksal oder vergangene Konditionierungen beziehen.

Wir haben die Beispiele schon kurz angedeutet und fragen uns: Was waren nun die besonderen Auslöser- und Stützursachen bei den drei genannten Beispielen?

Die Klientin beobachtete, daß sie, wenn sie sich einige Straßen weit von ihrer Wohnung entfernt hatte, dachte: 'Ich bin weit von zu Hause weg; wenn mir etwas zustößt, kann ich es nicht mehr bis nach Hause schaffen, um Hilfe zu holen. Die Leute werden mich auf der Straße liegen lassen, achtlos an mir vorübergehen.'

Der Sportler dachte, sobald er in den Tunnel hineinfuhr: 'Dieser Tunnel kann einstürzen; ich würde dann ersticken.' Die Vorstellungsbilder werden aufdringlicher. 'Ich spüre eine Beklemmung in der Brust. Ich glaube, ich erstickte.' Die Angst steigert sich; es kommt zur Beschleunigung des Pulses und zur Atemnot.

Der Schriftsteller befand sich in einer Krise. Er zweifelt an seinen Fähigkeiten, fand seine Romane mittelmäßig. Jedes Lob interpretierte er als unaufrichtige Äußerung, als verlogenes Kompliment.

Ereignisse, die uns etwas angehen, die wir beachten, die uns etwas bedeuten, sind unter zwei Aspekten zu charakterisieren, unter dem mehr objektiv-offiziellen und dem mehr subjektiv-privaten Aspekt.



So können wir objektiv-sachlich über einen Unfall berichten: An der Kreuzung X kam es zu einem Zusammenstoß zweier Wagen; dabei wurde der Fahrer des VW usw. ... Die persönliche Bedeutung ist viel komplexer. Selbstzweifel, Vorwürfe, Schuldgefühle spielen hier eine besondere Rolle.

Beck gibt hier noch ein instruktives Beispiel:

Ein Junge wird von seinen Freunden verspottet. Diese machen sich über ihn lustig (objektive Bedeutung). Was spielt sich bei dem Jungen selbst ab? Er kann zu sich z. B. sagen: 'Sie mögen mich nicht'; 'Ich bin ein Schwächling.' Er ist sich dieser speziellen Bedeutung bewußt, behält sie aber für sich; er meint, seine Freunde würden ihn dann noch mehr hänseln.

Solche subjektiven Bedeutungen sind oft unrealistisch. Da die Menschen dazu neigen, sie nicht auszusprechen, für sich zu behalten, können sie sie auch nicht auf ihren Wirklichkeitsgehalt prüfen. So kommt es, daß zumeist erst in einer Therapie der Klient versucht, die Bedeutungen und Annahmen auf ihre Gültigkeit hin zu untersuchen und zu testen.

Unangemessene Interpretationen und Reaktionen werden als (von der Norm) abweichend bezeichnet. Die konstant abweichenden Bedeutungen bzw. kognitiven Verzerrungen bilden den Kern der emotionalen Störungen.

"Man muß sich auf den Strom der eigenen Gedanken oder Bilder, die von einem bestimmten Ereignis ausgelöst werden, konzentrieren, um dessen subjektive Bedeutung herauszufiltern."

Ein Medizinstudent, der von Entsetzen gepackt wurde, als er einen Patienten während einer Operation bluten sah, war beispielsweise anfangs außerstande, seine übertriebene Reaktion zu verstehen. Nachdem er jedoch in seinem Gedächtnis nachgeforscht hatte, erinnerte er sich, daß er in diesem Augenblick sich selbst bluten sah und ihn dabei der Gedanke durchzuckte: 'Das könnte auch mir geschehen!' Diese Vision und der Gedanke und nicht der Anblick des Patienten waren der Schlüsselfaktor, der das Entsetzen auslöste. Bei späteren Operationen rief der gleiche Anblick weder das unangenehme Gefühl noch die Vision hervor." (B., S. 45)

Solche Bedeutungen und Vorstellungsbilder, Erwartungen und Befürchtungen bezeichnet man als 'innere Realität'. Sie zeigt sich unverfälscht und unmittelbar in der konzentrativen Hinwendung, in der Introspektion und den Selbstgesprächen.

Da die Bedeutungen, die wir bestimmten Situationen beilegen oder unterscheiden, subjektiv sind, haben gleiche objektive Situationen für einzelne Menschen unterschiedliche Folgen.

Betrachten wir folgendes als Beispiel dafür, wie ein spezifisches äußeres Ereignis verschiedene Bedeutungen für verschiedene Menschen annimmt: Eine Lehrerin teilte ihrer Klasse mit, daß Tony, ein sehr guter Schüler, auf eine schriftliche Arbeit eine schlechte Note bekommen habe. Ein Mitschüler freute sich - er dachte: 'Das zeigt, daß ich intelligenter bin als Tony.' Tonys bester Freund war (ebenso wie Tony) traurig: Er teilte Tonys Enttäuschung. Ein anderer Mitschüler bekam es mit der Angst zu tun: 'Wenn Tony eine schlechte Note hat, ist meine wahrscheinlich auch nicht besser.' Ein anderer Mitschüler wurde wütend auf die Lehrerin: 'Wahrscheinlich hat sie ungerecht benotet, wenn sie Tony eine schlechte Note gab.' Da sie einem Schüler gegenüber 'ungerecht' gewesen war, hatte sie eine Kardinalregel verletzt und würde vielleicht zu allen Schülern unfair sein. Ein Gastschüler schließlich empfand überhaupt keine emotionale Reaktion: Tonys Note hatte keinerlei spezielle Bedeutung für ihn.

Dieses Beispiel veranschaulicht eine wesentliche Beziehung: Der spezifische Inhalt der Interpretation eines Ereignisses führt zu einer spezifisch emotionalen Reaktion. Aufgrund zahlloser ähnlicher Beispiele können wir darüber hinaus verallgemeinern, daß sich der Betreffende je nach der Interpretation, die er vornimmt, froh, traurig, ängstlich oder zornig fühlen oder überhaupt keine emotionale Reaktion zeigen wird.

Die spezielle Bedeutung, die wir einem Ereignis verleihen, bedingt die emotionale Reaktion. Wenn diese Gedanken und Vorstellungen, in denen wir die Bedeutung für uns zum Ausdruck bringen, unangemessen und selbstschädigend sind, bedingen sie emotionale Störungen. Die Emotionen stehen dann nicht mit den objektiven Gegebenheiten der Situation in Einklang, sondern mit unseren Fehlbewertungen.

Sowohl die klassische Verhaltenstherapie als auch die klassische Psychoanalyse vernachlässigen den Wert der Bedeutungen, die der Selbstbeobachtung, den Selbstgesprächen und der Berichterstattung zugänglich sind.

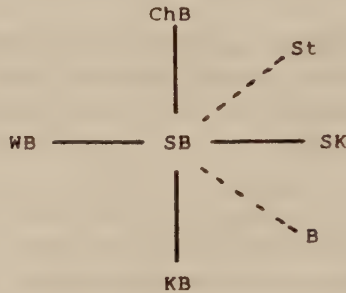
- . Die Verhaltenspsychologen ignorieren die Bedeutung. Sie erklären Emotionen nach dem Reiz-Reaktionsmodell. Die Sequenz Reiz-Reaktion ist danach durch frühere Konditionierung etabliert worden (Externer Stimulus - Emotion).
- . Die Psychoanalytiker sehen den Zusammenhang komplexer. Ein Reiz oder Ereignis tritt ein und weckt unbewußte und inakzeptable Wünsche. Gelingt es dem Betreffenden nicht, den tabuisierten Impuls abzuwehren und in der Verdrängung zu halten, dann empfindet der Betreffende Angst oder Schuldgefühle. Die Psychoanalytiker heben vermutete unbewußte Bedeutungen hervor (Stimulus - unbewußter Impuls - Emotion).
- . Der Kognitionspsychologe beachtet die mitgeteilten bewußten Bedeutungen und sieht in ihnen das entscheidende Kriterium für die Reaktion (Stimulus - bewußte Bedeutung - Emotion).

Sobald sich die Bedeutung, die wir einem Reiz oder Ereignis zusprechen, ändert, ändert sich auch unsere Reaktion, d. h. unsere Emotion und unser Verhalten.

"Einem Mann wurde von einem Freund ein Wappen gezeigt. Er verhielt sich gleichgültig, bis man ihn davon überzeugte, daß es sich in Wirklichkeit um ein Bild seines eigenen Familienwappens handle. Von da an hielt er das Bild in Ehren, zeigte es gern anderen Leuten und war gekränkt, wenn sie desinteressiert schienen. Er verhielt sich gegenüber der Abbildung auf dem Blatt Papier, als ob es sich um eine Verlängerung seiner selbst handle." (B., S. 49)

Menschen verleihen den Objekten, die sie für besonders relevant halten, spezielle Bedeutungen, und sie reagieren auf diese gefühlsmäßig. Die Objekte, sichtbare und unsichtbare, zu denen man solche Beziehungen hat, stellen seine persönliche Domäne dar. Das Zentrum dieser Domäne bildet das Selbstbild (SB), die Auffassung, die der Be-

treffende von sich hat, seiner körperlichen Erscheinung (Körperbild, KB), seinen Charaktereigenschaften (Charakterbild, ChB), seinen Zielen und Wertvorstellungen (Wertbild, WB), seinem Status (St) und Besitz (B) und nicht zuletzt seiner Selbstkontrollfähigkeit (SK).



Alle Erlebnisse, die die persönliche Domäne sichern, stützen und erweitern, rufen positive Emotionen hervor (Freude, Vergnügen, Glück); alle Erlebnisse, die sie gefährden, schwächen und einschränken, rufen negative Emotionen hervor (Trauer, Angst, Zorn).

Jeder Mensch hat schwache Punkte, 'Sollbruchstellen', an denen sich Belastungen ansammeln und gelegentlich oder chronisch Überreaktionen auslösen.

Solche übertriebenen und unangemessenen Gefühlsreaktionen weisen auf die subjektiv erlebte, vorgestellte oder befürchtete Gefährdung der Domäne hin. Wenn den Betreffenden die Emotionen überfluten und er sein Denken und Verhalten nicht mehr kontrollieren kann, sprechen wir von psychischer Störung.

"Ein niederdrückender Aspekt der akuten emotionalen Störung ist der Verlust von Kontrollen, die man vorher für selbstverständlich hielt. Der Patient muß darum ringen, die willentliche Kontrolle über seine Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit zu behalten. Es fällt ihm plötzlich schwer, seine Gedanken zu sammeln bzw. in geordnete Bahnen zu lenken. Das Bewußtsein seiner selbst und seiner Umgebung ist nicht nur verändert, sondern auch reduziert, so daß es ihm schwerfällt, viele Einzelheiten seiner Umgebung wahrzunehmen. Paradoxerweise kann er jedoch überaus empfindlich gegenüber Reizen wie dem Tonfall einer Stimme oder bestimmten inneren Empfindungen sein. Er kann bis zum völligen Orientierungsverlust ver-



wirrt sein. Obwohl er imstande sein kann zu identifizieren, wer er ist und wo er sich befindet, kann er hinsichtlich seiner Identität unsicher sein.

Der Extremfall einer solchen Störung ist als 'Katastrophenreaktion' bezeichnet worden. Der Betreffende schildert seine unheimlichen Erlebnisse in Formulierungen wie 'ich habe nicht das Gefühl, wirklich hier zu sein', 'ich fühle mich anders', 'die Dinge sehen anders aus'. Was ihm zustoßt, versucht er in den folgenden und ähnlichen Wendungen zu beschreiben: 'Ich habe das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren'; 'ich verliere den Verstand'; 'ich sterbe'; 'ich habe das Gefühl, das Bewußtsein zu verlieren'; 'ich drehe durch'; 'ich werde verrückt'. Obwohl diese angsterzeugenden Gefühle von dem Betreffenden häufig als Zeichen gewertet werden, daß er 'geisteskrank wird', sind sie im allgemeinen eher eine Begleiterscheinung von akuten neurotischen Reaktionen als von Psychosen." (B., S. 68 f.)

Häufig auftretende intensive Gefühle sind: Angst, Trauer und Zorn. Kennzeichen einer akuten Störung sind vor allem:

- intensive Selbstbewußtheit. Alle inneren Vorgänge werden überdeutlich wahrgenommen und registriert;
- eingeschränkte, aber höchst empfindliche Reaktion auf bestimmte Umweltsignale (Tunneleffekt).

Menschen in akuter Angstneurose lauern mit übertriebener Wachsamkeit auf jedes Signal, das Gefahr bedeuten könnte. Sie sind von der Vorstellung der Gefahr besessen und mißdeuten ständig harmlose Reize als Gefahrensignale. "Das Problem des Angstneurotikers liegt nicht in erster Linie in der Identifizierung von Reizen ..., sondern in den Bedeutungen, die er bestimmten Reizen beimißt. Seine Interpretationen sind häufig weit hergeholt, unwahrscheinlich und unrealistisch. Das Heulen einer Sirene bedeutet, daß sein Haus in Flammen steht; ein Schmerz im Hinterkopf läßt ihn befürchten, einen Schlaganfall zu erleiden; ein nahender Fremder wird als Angreifer gesehen. Der kumulative Effekt der wahllosen Interpretation von Ereignissen als Gefahrensignale ist eine verzerrte Sicht der Wirklichkeit und eine Eskalation der Angst. Die Mißdeutung von Situationen ergibt kognitive Verzerrungen, die von leichten Abweichungen bis zu krassen Fehlinterpretationen reichen." (B. S. 69 ff.)



Da die häufigsten psychischen Störungen auf bestimmte Irrwege des Denkens zurückzuführen sind, besteht die Aufgabe der Psychotherapie darin, dem Klienten wirksame Techniken zur Überwindung seines blinden Flecks, seiner verzerrten Wahrnehmungen und seiner Selbsttäuschungen an die Hand zu geben.

Nach der Theorie der Kognitiven Therapie beruhen die Probleme des Klienten wie auch die psychologischen Heilmittel auf dem Denken (bzw. den Kognitionen) des Klienten.

"Im weitesten Sinne umfaßt die Kognitive Therapie alle Ansätze, die darauf abzielen, psychischen Leidensdruck durch die Korrektur falscher Auffassungen und Selbstsignale zu lindern. Trotz der Hervorhebung der Denkprozesse sollte jedoch nicht die Bedeutung der emotionalen Reaktionen außer acht gelassen werden, die im allgemeinen die unmittelbare Quelle des Leidens darstellen. Sie bedeutet lediglich, daß wir an die Emotionen des Betroffenen auf dem Wege über seine Kognitionen herankommen. Durch die Korrektur irriger Überzeugungen können wir übertriebene und unangemessene emotionale Reaktionen dämpfen oder verändern." (B., S. 179 f.)

Es geht um vier Schritte in dieser Therapie:

- 1) Erkennen der falschen Auffassungen,
- 2) Überprüfung ihrer Gültigkeit bzw. Einsicht in die selbstschädigenden Folgen,
- 3) Ersatz der falschen Auffassungen durch geeignetere Konzeptionen,
- 4) Einübung in produktives selbstbehauptendes Verhalten.

Es ist wichtig, daß es bei den ersten beiden Schritten nicht nur um ein intellektuelles Erkennen, sondern um ein 'korrigierendes emotionales Erlebnis' (Alexander, 1951) geht.

Der vierte Schritt ist verhaltensorientiert. Das Selbstbehauptungs- und Selbstsicherheitstraining befähigt den Klienten nicht nur, andere Menschen realistischer zu sehen; es stärkt auch sein Selbstvertrauen (vgl. Alexander, F.: Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete. Bln. 1951).

"Die kognitiven Techniken eignen sich am besten für Menschen, die die Fähigkeit zur Introspektion und zur Reflexion über ihre eigenen Gedanken und Phantasien haben. Dieser Ansatz ist im Grunde eine Erweiterung und Verfeinerung dessen, was die Menschen seit den Frühstadien ihrer geistigen Entwicklung in mehr oder minder ausgeprägtem Maße praktiziert haben." (B., S. 181 f.)

Welches sind diese Orientierungs- und Verarbeitungsfunktionen?

- 1) Erkennen von Objekten, Personen und Situationen ,
- 2) Aufstellen von Hypothesen über deren Eigenschaften und Beziehungen ,
- 3) Überprüfung der Annahmen und ihre Ausmusterung ,
- 4) Fällen von Entscheidungen im Problemlösen und Handeln .

Da die emotional gestörten Menschen schon über viele Jahre falsche Urteile gefällt haben, sind diese zu eingefleischten Gewohnheiten geworden, so daß die Befreiung nicht allein durch eigenes Bemühen möglich ist. Unter dem Lernbeistand des Therapeuten müssen sich diese Menschen schrittweise die Techniken der Selbstheilung aneignen. Um diesen Prozeß in Gang zu bringen, müssen zunächst zwei Bedingungen erfüllt werden:

- der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Klient
  - Therapeut und einer echten Zusammenarbeit,
- die Befreiung des Klienten vom 'Ich-kann-nicht-Komplex' durch die Entwicklung des Vertrauens in seine Chancen zur Selbstheilung.

Die neurotischen Störungen mit ihrem kanalisierten Denken, ihrer fixierten Aufmerksamkeit und verzerrten Realität unterscheiden sich in erster Linie durch den Inhalt ihres abweichenden Denkens, weniger durch die Art und Weise des Denkens.

Der für die jeweilige Störung typische Gefühlszustand wird durch den spezifischen Inhalt des abweichenden Denkens hervorgerufen. "Traurigkeit - die typische Emotion der Depression - ist eine Folge der Tendenz des Patienten, seine Erfahrungen in Kategorien der Entbehrung,

des Mangels oder der Niederlage zu Interpretieren ... Der Angstpatient steht unter dem Leidensdruck, weil er seine Erfahrungen in Kategorien der Bedrohung überinterpretiert, während der paranoide Patient aufgrund seiner Fixierung auf die Vorstellung, schlecht behandelt zu werden, Aggressionen produziert." (B., S. 72)

Wir leben in gewissem Sinne in unserer privaten Welt, können aber doch über äußere Ereignisse und über uns selbst einigermaßen objektive Urteile fällen. Nur weil dies und soweit dies möglich ist, gibt es Verständigung zwischen den Menschen. Bei den neurotischen Fehlentwicklungen können wir durchgehend eine Überbetonung der subjektiven Wertung und einen Rückgang der objektiven Urteile feststellen. Die Klienten neigen dazu, alle Ereignisse immer mehr im Hinblick auf ihre persönliche Bedeutung zu interpretieren. Diese Tendenz zum Selbstbezug oder zur Personalisierung verstrickt den Klienten zunehmend in seine provozierte Unstimmigkeit.

Ein weiterer Grundzug neurotischen Denkens liegt in der Heigung zum Denken in Extremen, in der Polarisierung: Entweder wird man total akzeptiert oder total abgelehnt, entweder ist die Welt durchgängig gut oder schlecht, entweder ist man reich oder arm, sicher oder gefährdet. Dabei greift der Neurotiker entweder ein Detail willkürlich aus dem Zusammenhang heraus (selektive Abstraktion), oder es wird auf der Basis eines einzigen Vorfalls ungerechtfertigt verallgemeinert (Übergeneralisierung). Neurotisches Denken unterliegt willkürlichen Schlußfolgerungen; der Neurotiker hat keine Beweise für seine Folgerung; die Fakten können sogar dieser Folgerung widersprechen.

In der Therapie geben die Klienten zumeist nur ihre Schlußfolgerung preis: 'Alle sind gegen mich'; 'ich bin wertlos'. Sie werden angeregt, die der jeweiligen Schlußfolgerung zugrundeliegende Grundregel (Prämisse) zu erkennen und zu überprüfen: 'Wenn ich nicht von allen geliebt werde, bin ich nichts wert.' 'Da mich meine Freunde heute nicht angerufen haben, finden sie mich unsympathisch.' Klienten werden auf ihre ungerechtfertigten und selbstschädigenden Verallgemeinerungen aufmerksam gemacht; sie lernen, (negative) Vermutungen abzubauen.

### 3. Die Einschränkung durch Befürchtungen und Ängste

Beim depressiven Klienten findet eine Erlebnis- und Verhaltensumkehr statt. Was ihn früher erfreut und interessiert hat, verliert seine Anziehungskraft. Die Kinder, der Haushalt werden vernachlässigt, alle Beziehungen bröckeln ab, primäre biologische Impulse, wie Hunger, Sexualität verlieren ihre Wirksamkeit. Der Depressive schränkt sich, seine Teilnahme und Aktivität immer mehr ein.

"Traurigkeit und Apathie treten an die Stelle von Gefühlen der Lust und Freude; das breite Spektrum spontaner Wünsche und Handlungsinitiativen weicht der Passivität und den Fluchtwünschen; Hunger und Sexualität schlagen in Ekel vor Nahrung und Sexualität um; statt Interesse und Teilnahme an den üblichen Aktivitäten, herrschen Vermeidungs- und Rückzugsverhalten vor. Schließlich erlischt auch der Wunsch zu leben und wird durch das Verlangen zu sterben ersetzt." (B., S. 89)

Die Depression wird häufig als eine primär affektive Störung angesehen. Aber die schmerzhafteste Emotion vermag nicht die weiteren Symptome, wie z. B. das Aufgeben wichtiger Lebensziele, das Schwinden von Zuneigungsgefühlen und den Wunsch zu sterben, zu erklären.

Um die Depression zu verstehen, muß man Aussagen der Depressiven über ihr Befinden zusammenstellen. Durch fast alle Mitteilungen geht die Aussage, daß ihnen ein Bestandteil oder eine Eigenschaft fehlt, die sie für ihr Glück als unerläßlich ansehen:

Verlust der Fähigkeit zur Erreichung seiner Ziele,  
der Anziehungskraft für andere,  
der engen Beziehung zur Familie und zu Freunden,  
der Gesundheit,  
des Status,  
der beruflichen Stellung.

"Wenn wir das Thema des Verlustes näher erforschen, stellen wir fest, daß der psychischen Störung ein kognitives Problem zugrundeliegt. Der depressive Patient neigt zu spezifischen Verzerrungen. Er hat

ein negatives Bild von seiner Welt, ein negatives Konzept von sich selbst, und er schätzt auch seine Zukunft negativ ein: die kognitive Trias. Die verzerrten Bewertungen betreffen vermeintliche Einbußen, die seine Domäne erlitten hat, und rufen Traurigkeit hervor." (B., S. 91) Der Depressive erlebt sich als 'Verlierer' und 'Versager'. Mögliche Verluste werden als wirkliche Verluste aufgefaßt. Der Eindruck von Verlust ruft Niedergeschlagenheit hervor und in der Folge die anderen Symptome, wie Pessimismus, Selbstkritik, Flucht, Vermeidung, Aufgeben, Suizidwünsche und ~~psychologische~~ Störungen.

Wir nehmen an, daß Depressive frühere ungünstige Lebenssituationen, wie Verlust eines Elternteils oder chronische Ablehnung durch Altersgenossen, Schulversagen und Enttäuschungen in der ersten Liebeszuwendung empfindsam und verletzbar für Lebensschwierigkeiten gemacht haben. Sie haben die Tendenz, extreme Urteile zu fällen, wenn Beschränkungs- oder Verlustsituationen eintreten. Solche Situationen werden in ihrer Bedeutung und in ihren Folgen überbewertet, so daß die depressive Kettenreaktion in Gang kommt: Trauer - verringerte körperliche Aktivität - Schlafstörungen. In der Folge werden die Verluste auf eine eigene Unzulänglichkeit zurückgeführt, so daß weitere Symptome der Selbstentwertung und -verschuldung über die verzerrte Wirklichkeitsauffassung auftreten. Die Niedergeschlagenheit ist also das Resultat selbst herbeigeführter Minderung der Selbstachtung.

Die Niedergeschlagenheit läßt auch für alle Zukunft nur Unheil erwarten. Der Depressive entwickelt eine pessimistische Grundhaltung und Tunnelsicht: Er sieht nicht mehr das Helle. Alle Glücksgefühle werden durch seine Einstellung blockiert, die Lebensziele werden aufgegeben. Der Depressive verharrt im Zustand der Trägheit, der Wille scheint wie gelähmt, Vermeidungsverhalten greift immer mehr um sich, um im letzten Akt des Fluchtwunsches - dem Suizid - dem schweren Leiden ein Ende zu machen.

"Die fortgesetzte Abwärtsspirale in der Depression läßt sich anhand des Rückkopplungsmodells erklären. Aufgrund seiner negativen Einstellungen interpretiert der Patient sein Mißbehagen, sein Gefühl des Verlustes und seine physischen Symptome auf negative Weise.



Seine Schlußfolgerung, daß er unzulänglich sei und sich nicht bessern könne, verstärkt seine negativen Erwartungen und sein negatives Selbstbild. Dadurch wird er noch niedergeschlagener und neigt noch stärker dazu, den 'Ansprüchen' seiner Umgebung auszuweichen. Auf diese Weise wird der Teufelskreis in Gang gehalten." (B., S. 111)

Der Klient erfährt in der Therapie, daß er seine Erlebnisse ständig mißdeutet. Er bahnt dann selbst den Abbau der Selbstkritik und des Pessimismus an. Sind diese Glieder der Kette gelöst, treten wieder normale Gefühle und Wünsche zutage. Den entscheidenden Schritt zur Gesundheit erreicht der Klient durch die Korrektur seiner irrtümlichen Überzeugungen.

Die Angst ist ein Grunderlebnis des Menschen. Sie ist so universal wie die Liebe. Sie wird erst dann zu einem persönlichen Problem, wenn sie sich vordrängt und über längere Strecken unser Erleben und Verhalten einschränkt.

Freud weist in seinen Ausführungen auch auf die allgemeine Verbreitung der Angst hin. Jeder hat sie schon einmal an sich erfahren. "Ich glaube aber", schreibt Freud, "daß nie ernsthaft genug die Frage aufgeworfen wurde, weshalb gerade Neurotiker so viel öfter und stärker als andere Menschen unter Angst zu leiden haben." (B., S. 392 f.)

Man hat verschiedentlich versucht, Angst und Furcht zu unterscheiden, wobei der erste Zustand ohne Objektbezug bestehen und Furcht in Verbindung mit bestimmten Objekten oder Situationen auftreten soll. Dies ist aber nicht richtig. Auch Ängste haben einen Objektbezug. Besser ist es, die Furcht als Vorstellung zu kennzeichnen, die auf die Zukunft bezogen ist und mit der Möglichkeit persönlichen Schadens rechnet. Angst ist dagegen eine unangenehme Emotion mit einer Reihe subjektiver und physiologischer Begleiterscheinungen.

Angst und Furcht sind im allgemeinen zukunftsbezogen, die Orientierung kreist um das Thema des Leidens. "Das Leiden kann die Folge vorweggenommenen physischen Schmerzes oder eines erwarteten schmerzhaften Gefühlszustandes sein, der durch eine psychosoziale Verletzung

ausgelöst wird. Unter Patienten mit Angstneurose ist die Furcht vor Kontrollverlust verbreitet, die Gefühle der Demütigung, der Verlegenheit und Trauer bewirkt. Zu diesen Befürchtungen zählen: die Kontrolle über den Verstand zu verlieren (Furcht vor dem Wahnsinnigwerden), nicht mehr funktionstüchtig zu sein, entscheidende Ziele nicht zu erreichen, anderen zu schaden. Ein großer Prozentsatz von Angstpatienten beschäftigt sich mit dem Tod." (B., S. 120 f.)

Der Angstneurotiker leidet ständig unter Angst, obwohl keine sichtbare oder unmittelbare Gefahr vorhanden ist. Die Abwesenheit von direkter Gefahr hat zur Konzeption der 'freiflottierenden Angst' geführt. Genauere Analysen lassen jedoch an der Berechtigung solcher Bezeichnung zweifeln. Die Klienten haben jedenfalls das Gefühl einer bevorstehenden Katastrophe. Gewisse Gefahrensignale werden überinterpretiert, so daß vom Standpunkt des Klienten aus die Gefahr real und plausibel ist. Es sind stets bestimmte Befürchtungsgedanken, die die große Angst auslösen. Der Therapeut hilft dem Klienten, diese kognitiven Inhalte, die Befürchtungsgedanken zu erkennen. Dabei erfährt der Klient, daß eine Vorstellung mit bedrohlichem Inhalt Angst hervorruft. Diese Angst löst weitergehende Vorstellungen aus. Angst wird mit Gefahr assoziiert, so daß Angst als Gefahrensignal erscheint.

Die Aufmerksamkeit des Klienten wird zum größten Teil durch die Vorstellungen von Gefahr und die Wahrnehmung von 'Gefahrensignalen' absorbiert. Er ist auf Angst eingestellt und neigt aufgrund seiner überempfindlichen Alarmanlage dazu, alles zu Katastrophen aufzubauschen.

Wenn jemand Furcht vor Objekten oder Situationen hat, die nach allgemeinem Konsens und dem eigenen Urteil des Betreffenden, wenn dieser der Situation fern ist, in keinem Verhältnis zur Gefährlichkeit der speziellen Situation und zur Wahrscheinlichkeit einer Gefährdung in dieser steht, hat er eine Phobie. Durch Vermeidungsverhalten versucht der Betreffende, der Belastung aus dem Wege zu gehen.

Zumeist neigen Phobiker zu einem hohen Grad von Identifikation mit 'Opfern'. Auf gewisse Reizsituationen antwortet der Klient mit einem inneren Drama. Mit zunehmendem Abstand von der Situation schätzt der Phobiker diese zunehmend als gefahrlos ein.

Die Phobien lassen sich in drei Hauptgruppen aufteilen (Beck, S. 141):

- 1) Furcht vor Gefahren, die von Menschen ausgehen (Furcht vor einem Überfall, einer Entführung, einer Operation ...),
- 2) Furcht vor natürlichen und außernatürlichen Gefahren (Furcht vor Donner, Blitz, freien Plätzen, Höhen, Fahrstühlen, Tunneln, Flugreisen, Gespenstern),
- 3) Furcht vor psychosozialen Belastungen (Furcht vor Prüfungen, andere Menschen zu verärgern, Furcht vor Demütigung, Enttäuschung, Versagen).

Den hier oft auftretenden multiplen sozialen Phobien liegt zu-  
meist die Furcht vor der Mißbilligung der anderen zugrunde.

Die Klienten mit einer Phobie können durch Vermeidungsverhalten relativ angstfrei leben. Sie können ihr Leben so arrangieren, daß sie nicht in die angstausslösende Situation kommen. Dem Angstneurotiker gelingt dies weniger. Man denke an eine Person, deren Befürchtungen um die Vorstellung kreisen, eine schwere Krankheit zu bekommen. Immer wieder wird sie durch ungewöhnliche körperliche Empfindungen in Angst versetzt.

#### 4. Die realen Konsequenzen der Einbildung

Klienten, die gemäß ihrer Einbildungskraft an körperlichen Symptomen oder Schmerzen leiden, erleben die Symptome als ebenso real wie eine organische Krankheit.

In der Regel lassen sich bei den psychosomatischen Beschwerden verschiedene emotionale Belastungen aufzeigen, die mit dem Symptom in Verbindung stehen.

"Psychosomatische Störungen zeichnen sich ihrer Definition zufolge durch nachweisbare Anomalien in der Funktion oder Struktur eines Organs oder physiologischen Körpersystems aus: der Haut, des gastrointestinalen Systems, des urogenitalen Systems, des Herzgefäßsystems oder des Atmungssystems. Diese Systeme enthalten glatte Muskulatur, die nicht der willentlichen Kontrolle unterliegt, sondern durch das

autonome Nervensystem gesteuert wird. Das aus gestreiften Muskeln bestehende, der willentlichen Kontrolle unterliegende muskuloskelettale System kann jedoch ebenfalls der Sitz psychosomatischer Störungen, wie Kopfschmerzen und Rückenschmerzen sein." (B., S. 160)

Zur Erklärung psychosomatischer Störungen wurden vor allem zwei Interaktionsmodelle entwickelt. Die psychologischen Spezifitätsmodelle leiten die Störung von einem spezifischen Persönlichkeitsprofil bzw. Konflikt oder einer Einstellung ab (Alexander, 1951). Die physiologischen Spezifitätsmodelle versuchen nachzuweisen, daß eine bestimmte Person auf die unterschiedlichsten Belastungen mit der gleichen psychosomatischen Störung reagiert (Lacey, J.I. und Lacey, B.C.: The principle of autonomic responses stereotyp. Am.J.Psychol. 71, 1958, S. 50-73).

Jedes Individuum neigt bei Streß in einem bestimmten physiologischen System zur Überreaktion. Äußere Bedingungen rufen innere Spannungen hervor, die zu physischen Störungen führen. Diese inneren Spannungen zeigen sich in Erregungszuständen, die subjektiv als Wut, Ärger und Angst erlebt werden.

"Emotionale Erregung wird von verstärkter Aktivität des autonomen Nervensystems begleitet. Ein oder mehrere physiologische Systeme oder Organe können durch die autonome Erregung in Mitleidenschaft gezogen werden. Welches System aktiviert wird, ist nicht notwendigerweise aufgrund der Emotion, die ausgelöst wird (beispielsweise Angst oder Wut), vorhersagbar, aber jedes Individuum scheint eine charakteristische Reaktion zu haben: Je nachdem, welches physiologische System zur Überreaktion neigt, kann es sich bei den somatischen Manifestationen um eine Läsion oder Störung des gastrointestinalen Traktes (Zwölffingerdarmgeschwür), der Haut (Neurodermatosis), der Bronchien (Asthma) oder des kardiovaskulären Systems (Hypertonus oder paroxysmale Tachykardie) handeln." (B., S. 161 f.)

Beck kritisiert an dieser pauschal erscheinenden Formulierung, daß sie offenkundig mehrere Glieder der Kette überspringt. Es wurde versäumt, die Eigenart des Stresses und die Interaktion der kognitiven und der emotionalen Systeme bei der Reaktion zu untersuchen.



Beim Streß unterscheiden wir zunächst äußere Gefahrenquellen und persönliche Anfälligkeiten. Zu diesen Gefahrenquellen gehören etwa:

- drohende Studienmißerfolge oder geschäftliche Schwierigkeiten, die den sozialen oder ökonomischen Status in Frage stellen können,
- Ereignisse, die die Gesundheit oder das persönliche Wohlbefinden bedrohen,
- Gefährdung wichtiger zwischenmenschlicher Beziehungen,
- Arbeitssituationen, in denen es häufig zu beunruhigenden Zwischenfällen kommt (z. B. cholerischer Chef),
- Serie ungünstiger Bedingungen und Drucksituationen über längere Zeit hinweg.

Streß kann sich auch durch spezifische persönliche Anfälligkeiten ergeben; eine bestimmte Art von Situation (spezifischer Streß) berührt eine spezifische Empfindlichkeit, einen schwachen Punkt, so daß es zu extremer emotionaler Erregung kommt. So können Menschen besonders empfindlich sein gegenüber Ablehnung, willkürlicher Disziplinierung, vermeintlicher Gefahr für die Gesundheit, Tippfehlern usw.

Streß kann aber auch innerlich hervorgerufen werden, so durch die Forderungen, die der Betreffende an sich selbst stellt, wiederkehrende Ängste, Schuldgefühle und Selbstvorwürfe. Als Beispiel führt hier Beck den Manager-Ulkus-Typ an. Der Mann setzt sich hohe Ziele, treibt sich und andere ständig an. Der Motor seiner Arbeit ist die ständige Sorge, daß er seine Ziele nicht erreicht. Er unterschätzt seine Fähigkeit, mit neuen Problemen fertig zu werden, er überschätzt die Hindernisse, die der Erledigung seiner Arbeit im Wege stehen und die Folgen eines möglichen Versagens. Er sieht als chronischer Sorgenmacher in jeder Aufgabe eine lebenswichtige Konfrontation, für die er sich übermäßig engagiert.

Es gibt noch eine weitere Gruppe von psychosomatischen Störungen. Bei ihr liegt eine physische Störung vor. Sie wird zusätzlich durch eine dramatisierende psychologische Überlagerung verschärft. Kleinere Herz-Rhythmusstörungen können einen Menschen ständig in Todesangst versetzen, und diese belastende Angst verschlimmert das Leiden. Ähn-



liche Überlagerungen werden oft bei Lungenkrankheiten angetroffen. Bei der Krebsnachsorge spielt die Befreiung von Angst eine große Rolle.

Es gibt noch eine weitere Gruppe von Beschwerden, die sogenannten somatischen Einbildungen. Wir beobachten sie vor allem bei Phobikern. Klienten mit Höhen- oder Wasserangst haben das Gefühl umzukippen, abzustürzen oder zu ertrinken. Eine wichtige Komponente des Selbstkonzepts ist das 'körperliche Selbst' oder 'Körperbild'. Die Vorstellung, die der einzelne von seiner körperlichen Verfassung hat, entscheidet darüber, ob er sich gut oder schlecht, stark oder schwach fühlt.

Hysterie ist (nach Beck) eine pathologische Erweiterung des Vorgangs der somatischen Einbildung. Eine kleine Beeinträchtigung wird zu einem massiven Leiden hochstilisiert, speziell zu Lähmungen. "Infolge einer eigenen Verletzung oder einer Identifizierung mit einer Konstellation von Symptomen bei anderen Personen gelangt der Hysteriker zu der Überzeugung, eine körperliche Störung zu haben. Beim Gedanken an diese Störung hat er physische Empfindungen - somatische Einbildungen. Ein kreisförmiger Mechanismus wird in Gang gesetzt. Der Betreffende 'liest' seine körperlichen Empfindungen als Beweis, daß er die Störung hat. Sein Glaube festigt sich, und in gleichem Maße intensivieren sich die körperlichen Manifestationen." (B., S. 177)

Der Therapeut führt den Klienten zu der Erkenntnis, daß er die Kontrolle nicht verloren hat, daß er beispielsweise imstande ist, das 'gelähmte Glied' zu bewegen. Er regt den Patienten an, sich vorzustellen, daß er das Glied bewegt. Durch dieses Wegimaginieren des Symptoms, durch den Abbau der falschen Überzeugung und durch initiativ Aktivität führt er den Klienten aus seinem fixierten Leiden heraus.

## 5. Die Zusammenarbeit von Klient und Therapeut

Die Schwierigkeiten, die einen Klienten zum Therapeuten führen, können sich in verschiedener Art und Weise manifestieren:

- im subjektiven Leidensdruck (wie Angst oder Depression),
- im beobachtbaren Verhalten (wie etwa in störenden Hemmungen) oder
- in einem Defizit seiner Reaktionen (wie z. B. in der Unfähigkeit, warme Gefühle zu erleben oder auszudrücken).

Diesen Problemen liegt eine besondere Denkweise zugrunde. Sie zeigt sich vor allem in der Verzerrung der Realität und in der Unlogik des Denkens.

Die Verzerrungen in den Gedanken der paranoiden Klienten sind so massiv, daß der Wirklichkeits- und Sozialbezug schwer gestört ist (Beispiel: Alle Menschen wollen mir schaden.-Ich habe ... ermordet.).

Weniger offenkundig sind Verzerrungen der Realität bei depressiven Klienten (Beispiel: Ich kann nicht mehr Auto fahren.-Ich bin geschäftlich am Rande des Bankrotts. Überprüfung zeigt, daß alles gut steht.).

Die Verzerrungen sind unterschiedlich leicht zu überprüfen,

leicht etwa bei Sätzen, wie:

'Ich werde zu dick.'

'Ich bin eine Last für meine Familie.'

schwieriger schon bei Aussagen,  
wie:

'Niemand mag mich.'

In den therapeutischen Sitzungen werden diese Verzerrungen entlarvt. Vielfach ist die Realitätseinschätzung richtig, aber die Art und Weise, wie der Klient aus seinen Beobachtungen Schlüsse zieht, kann falsch sein. Beispiel: Er hört in der Ferne ein Geräusch, schließt daraus, man habe auf ihn geschossen. Hinter Verhaltensauffälligkeiten stehen oft unrichtige Prämissen. Ein Beispiel: Ein Klient ist aggressiv. Er vertritt die Meinung, man müsse andere zurechtweisen, sonst machten sie einen fertig. Ein anderes Beispiel: Ein Klient ist schüchtern, gehemmt. Er meint, wenn er den Mund aufmache, fielen die anderen über ihn her.

Von größter Bedeutung für die Wirksamkeit der Therapie ist die Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Klient. Die Glaubwürdigkeit des Therapeuten muß gesichert sein, damit der Klient zu einer Problemreduktion kommt und lernen lernt.

Therapeut und Klient müssen eine gemeinsame Richtung finden. Klient und Therapeut haben von der Therapie recht häufig unterschiedliche Vorstellungen.

Patienten glauben oft an den großen Heiler, vergleichen Therapie mit der Formung eines Lehmklumpens. Der Therapeut sollte den Klienten in den ersten Zusammenkünften über die Therapie aufklären:

Welche Probleme bedürfen der Bearbeitung?

Worin besteht das Ziel der Therapie?

Wie soll dieses Ziel erreicht werden?

Wie lange wird die Therapie dauern?

Es sollte Einverständnis über die Art und Dauer der Therapie herrschen, es erhöht die Wirksamkeit der Therapie. Der Therapeut sollte auch auf das, was der Klient zwischendurch vorbringt, eingehen, auch wenn es zur Zeit nicht in den Plan gehört. Eingehen heißt hier: aufgreifen, beachten. Die gründlichere Analyse und Aufbereitung kann dann vorge-merkt werden. Die Beziehung zwischen Klient und Therapeut sollte als gemeinsame Unternehmung aufgefaßt werden. Beide wollen Probleme analysieren und bearbeiten. Der Akzent sollte auf der Problemlösung liegen und nicht so sehr die Mängel, schlechte Gewohnheiten und Schwierigkeiten hervorheben.

Der Therapeut muß die Zeichen des Argwohns und der Skepsis beim Klienten sensibel beachten. Der Therapeut muß gerade bei paranoiden und depressiven Klienten erst eine gemeinsame Grundlage finden, Punkt über die Einigkeit besteht. Erst dann kann er schrittweise die Zone des Konsenses vergrößern.

Es ist falsch, bei depressiven Klienten unerschütterlichen Optimismus zu zeigen oder dem paranoiden Klienten die verzerrte Sicht der Realität auszureden. Das erzeugt Mißtrauen und Abwehr. Der Therapeut manö-

viert sich damit selbst in eine Position eines Verständnislosen oder eines Angehörigen des 'feindlichen Lagers'.

"Einer der Gründe, weshalb die Verfolgungsgedanken der Paranoiker und die ständigen Selbstabwertungstendenzen der Depressiven traditionell als unzugänglich für die Therapie gegolten haben, ist, daß der Therapeut zu früh versuchte, die Gedankenwelt des Patienten zu korrigieren. Selbst fixe Wahnvorstellungen sind jedoch schließlich modifizierbar, wenn der Therapeut sensibel und geduldig ist." (B., S. 187)

Klienten zögern oft, ihren Widerspruch offen zu äußern. Allzu leicht wird dabei ein dogmatischer Therapeut zu der Annahme verleitet, er habe bereits einen Konsens erreicht. Diese Voreiligkeit kann die bisherigen Bemühungen wieder außer Kraft setzen. Der Therapeut muß also stets aufmerksam und kritisch die Zeichen verfolgen, die auf eine abweichende oder übereinstimmende Meinung des Klienten hindeuten.

Beispiel eines Therapiegesprächs (Beck, S. 187):

Th.: Sie haben jetzt meine Formulierung des Problems gehört. Was halten Sie davon?

Kl.: Ich glaube, es stimmt.

Th.: Haben Sie, während ich sprach, das Gefühl gehabt, daß es Teile gibt, mit denen Sie nicht einverstanden sind?

Kl.: Ich bin mir nicht sicher.

Th.: Sagen Sie mir bitte, wenn Sie in einigen Punkten Zweifel haben. Manche Klienten zögern, ihrem Therapeuten zu widersprechen.

Kl.: Nun, was Sie sagten, erschien mir logisch, aber ich bin nicht wirklich sicher, ob ich es glaube.

Hier ist es die Aufgabe des Therapeuten, den Vorbehalten des Klienten nachzuspüren. Oft stimmen Klienten verstandesmäßig zu, aber nicht gefühlsmäßig.

Wichtig im therapeutischen Prozeß ist die Problemreduktion. Viele Klienten kommen mit einer Vielzahl von Symptomen oder Problemen zum Therapeuten. Diese Schwierigkeiten kreisen oft um einen Mittelpunkt oder zwei Brennpunkte. Diese gilt es aufzufinden.

So können z. B. die verschiedenen Phobien, wie Furcht vor Fahrstühlen, Tunnels, Bergen, geschlossenen Räumen, Flugreisen, heißem, schwülem Wetter auf eine überwältigende Angst zu ersticken bezogen sein. Der Klient meint, die Situationen enthielten die Gefahr des Sauerstoffmangels und daher des Erstickens (vgl. Beck, S. 189 f.).

Der Therapeut muß sich also - allein schon aus zeitökonomischen Gründen - auf bestimmte 'Schlüsselemente der Störung' konzentrieren, etwa auf die geringe Selbstachtung oder auf negative Erwartungen. Diese beiden Kernprobleme können sich in sehr verschiedenen psychischen und psychosomatischen Symptomen manifestieren.

Der Klient kann in der Therapie auch auf naheliegende Probleme vorbereitet werden, die nach Beendigung der Therapie auftreten können. Aber wichtiger ist, daß er das Problemlösen in der Therapie lernt. Ein Klient, der gelernt hat, aktiv an seinen Schwierigkeiten zu arbeiten, hat Selbstvertrauen, Selbstachtung und Zuversicht gewonnen. Wir werden an einen Vergleich der Mathematik erinnert: Als Schüler lernten wir die Grundregeln; wir können diese dann auf beliebig viele arithmetische Probleme anwenden.

Vor allem haben die Klienten in der Therapie gelernt, Schwierigkeiten nicht auszuweichen. Sie haben gelernt, Vermeidungsverhalten zu vermeiden. Wer sich zurückzieht, kann keine Versuchs- und Irrtums-Techniken entwickeln, die Voraussetzung zur Lösung vieler Probleme sind. Er kann auch nicht die Berechtigung seiner Ängste überprüfen. Durch aktives Verhalten - Problemlösungsverhalten - kann der Klient seine Befürchtungen einem 'Realitätstest' unterziehen.

Die Kognitive Therapie hat verschiedene Techniken ausgearbeitet. Der Therapeut vermittelt dem Klienten bestimmte Grundsätze der Erkenntnis; er führt ihn zum Erkennen fehlangepaßter Vorstellungen, zum Füllen der Lücken zwischen Reiz und Emotion, zur Bewertung seiner Gedanken, zur Prüfung ihres Wahrheitsgehaltes und damit zur Veränderung der Regeln, denen sein Verhalten bisher folgte.



Die Wahrnehmung der Wirklichkeit ist nicht dasselbe wie die Wirklichkeit selbst. Wir filtern und interpretieren die wahrgenommenen Erscheinungen.

Ermüdung oder starke Erregung können unsere Wahrnehmungen verzerren. Auch kann die Einschätzung der Wirklichkeit durch unrealistische Denkmuster beeinträchtigt werden.

Höherer Grad von Sicherheit ist durch mehr Informationen zu erreichen; sie gestatten, daß wir zwischen alternativen Hypothesen wählen können. Beispiel: Wir hören ein Geräusch am Abend. Wir stellen die Hypothesen auf: Wind, später Besucher, Einbrecher.

Fehlangepaßte Gedanken sind Kognitionen, die uns daran hindern, Lebenserfahrungen angemessen zu registrieren und produktiv auszuwerten. Sie führen zu unnötigem Mißbehagen oder bewirken Leiden. Sie zeigen sich in selbstschädigendem Verhalten. Die Leiden kommen in Selbstgesprächen zum Bewußtsein. Mit dem Grad der Störung nimmt die Aufdringlichkeit der fehlangepaßten Gedanken zu.

Man kann lernen, sich auf die steuernden Gedanken zu konzentrieren. Der Klient erkennt, daß zwischen Reiz und emotionaler Reaktion eine Lücke klappt. Die emotionale Erregung wird verständlich, wenn man sich an die Gedanken erinnern kann, die in dem Intervall ablaufen. A ist der aktivierende Stimulus, C ist die übertriebene Reaktion. B ist die Lücke im Bewußtsein des Klienten. Das Füllen dieser Lücke durch B - Gedanken, die dem Wertsystem des Klienten entsprechen - ist Aufgabe der Therapie.

Wenn man gelernt hat, seine Gedanken zu erkennen, dann lernt man auch in zunehmendem Maß, diese objektiv zu bewerten. Dieser Vorgang wird als Distanzierung bezeichnet. Sich abgrenzen und distanzieren, macht Unterscheidung und objektive Betrachtung möglich. Die selbstschädigenden Gedanken treten meist automatisch auf und werden von den Klienten am Anfang der Therapie oft noch mit der Realität gleichgesetzt. Dem eigenen Denken wird im allgemeinen der gleiche Wahrheitsgehalt beigemessen wie der Wahrnehmung der Umwelt.

Die Grundsätze für die Entschlüsselung von Erfahrungen und die Steuerung des Verhaltens drehen sich zumeist um zwei Brennpunkte: Gefahr/Sicherheit und Schmerz/Lust.

Die Schwierigkeiten der Klienten entstehen durch die Fehleinschätzung oder durch falsche Vorstellungen im Hinblick auf die beiden Bezugspunkte.

Für jeden Klienten ist nach der Problemanalyse jeweils eine Gesamtstrategie zu entwickeln. Die Prinzipien dieser Therapie sind: Aufhellung der Realitätsverzerrung, der Selbstkommandos und der Selbstvorwürfe des Klienten, die zu Lelndensdruck und Funktionsunfähigkeit führen; zum anderen Hilfe bei der Revision der zugrundeliegenden Verhaltensregeln, die diese negativen Selbstinstruktionen hervorrufen.

Der Therapeut arbeitet mit dem Klienten in systematischer Weise an jenen Problemen, die er nicht aus eigener Kraft lösen kann. Die Problembereiche werden präzise umrissen, Informationslücken gefüllt. Beziehungen zwischen den verschiedenen Daten hergestellt und Generalisierungen vorgenommen. Der Therapeut hilft dem Klienten, sich seiner Problemlösungsfähigkeit zu bedienen und die nötigen Korrekturen bei der Deutung seiner Erfahrungen und der Steuerung seines Verhaltens vorzunehmen.

Angst überfällt manche Menschen mehrere Male am Tag. Sie werden dabei oft schwindelig und befürchten, verrückt zu werden. Da den Klienten die Ursachen, die zu den Angstanfällen führen, nicht bekannt sind, geraten sie in einen Zustand angespannter Wachsamkeit.

In der Therapie werden die Klienten angehalten, auf jeden Gedanken zu achten, der den Angstanfällen vorangeht:

- Oft sind es Nachrichten über andere Menschen, denen ein Unglück passierte. Bei erhöhter Angstbereitschaft sind die Klienten im höheren Maße bereit, sich mit den betreffenden Personen zu identifizieren: 'Mir könnte das auch passieren.'

- Gelegentlich sind es Empfindungen, die die Klienten nicht verstehen können. So ertappen sie sich vielleicht dabei, daß sie in Gesellschaft anderer abwesend sind, sich nicht konzentrieren können, sich als teilnahmslos empfinden. In ihnen steigt der Gedanke auf: 'Das sind Anzeichen dafür, daß ich bald durchdrehe. Ich glaube, ich werde verrückt.'

Wenn der Klient die angstausslösenden Gedanken identifizieren kann, gelingt es ihm, sich von diesen Gedanken zu distanzieren, sie einer Realitätsprüfung zu unterziehen und ihre Auswirkungen schrittweise zu annullieren.

## V. Die multimodale Verhaltenstherapie (Lazarus)

Lazarus bezeichnet seine Konzeption als 'multimodale Verhaltenstherapie'. Damit setzt er sich von enger begrenzten Therapieauffassungen ab, die entweder bevorzugt mit der Vermittlung von Einsichten oder der Einübung von Verhaltensweisen arbeiten. Er ist der Auffassung, daß neben den Kognitionen und dem Verhalten noch andere Persönlichkeitsvariablen in die Diagnose und Therapie einzubeziehen sind. Die multimodale Verhaltenstherapie ist insofern zur Kognitiven Verhaltenstherapie zu rechnen, als sie der kognitiven Umstrukturierung und Selbstkontrolle in ihrem 'Breitspektrum' eine ausgezeichnete Bedeutung zumißt.

In dieser Einleitung zitiere ich zunächst die grundlegende Hypothese, mit der Lazarus seine Konzeption rechtfertigt. Dann stelle ich das therapeutische Bezugssystem und die einzelnen Modalitäten, die im Hauptteil näher beschrieben werden, in einem Schema heraus.

### Die grundlegende Hypothese

"Dauerhafte Resultate stehen in direktem Verhältnis zur Anzahl der spezifischen Modalitäten, die in einem therapeutischen System angesprochen werden ... Oft sind kognitives Umstrukturieren und sichtbares Verhaltenstraining reziprok. Dies sollte allerdings nicht in dem Sinne mißverstanden werden, daß man impliziert, hier würde für eine weise Legierung von Psychoanalyse und Verhaltenstherapie plädiert. Die psychoanalytische Theorie ist unwissenschaftlich und nutzlos komplex; behavioristische Theorie ist oft mechanistisch und nutzlos vereinfachend ... Der direkteste Weg, unsere Hauptthese auszudrücken, ist vielleicht, daß eine umfassende Therapie letztendlich die Korrektur irrationaler Meinungen, abweichenden Verhaltens, unangenehmer Gefühle, bedrückender Vorstellungen, belastender Beziehungen, negativer Empfindungen und möglicher biochemischer Unausgewogenheit betont. Die Behandlungsergebnisse werden in dem Ausmaß positiv und nachhaltig sein, in dem die Problemidentifikation (die Diagnose) jede dieser Modalitäten exploriert, woraufhin dann die therapeutische Intervention bei jedweden defizitären und nicht angepaßten Verhalten einsetzt. Irgendeine dieser Modalitäten zu ignorieren heißt, eine unvollständige Therapie durchzuführen." (Lazarus, A.A.: Multimodale Verhaltenstherapie. Erkf. 1978, S. 32 f.)

## Das therapeutische Bezugssystem

Die Diagnose (bzw. später die Therapie) erstreckt sich auf sieben Bereiche oder Modalitäten der Persönlichkeit (BASIC ID): Behavior (Verhalten), Affect (Emotion), Sensation (Empfindung), Imagery (Vorstellung), Cognition (Kognition), Interpersonal (Interaktionen) und Drugs.

Die Modalitäten-Diagnose läßt sich durch folgende sieben Fragen (Lazarus, S. 58) verdeutlichen:

- 1) Von welchen speziellen Verhaltensweisen wünschen Sie sich, daß sie bei Ihnen häufiger vorkommen, und von welchen, daß sie nicht so häufig vorkommen?
- 2) Welche negativen Gefühle würden Sie gerne abbauen oder ganz beseitigen, und welche positiven Gefühle würden Sie gern häufiger bei sich erleben und intensivieren?
- 3) Eine Frage, die Ihre 'fünf Sinne' betrifft: Von welchen speziellen Reaktionen würden Sie gerne loskommen, und welche Empfindungen würden Sie gern steigern?
- 4) Welche 'geistigen Bilder' oder Vorstellungen quälen Sie, so daß Sie sie gerne loswerden möchten, und welche angenehmen Vorstellungen würden Sie gern deutlicher erleben?
- 5) Welche Gedanken, Werte, Einstellungen und Überzeugungen stellen sich Ihrem Glück in den Weg?
- 6) Was Ihren zwischenmenschlichen Bereich anbelangt, was verhindert enge, persönliche, liebevolle und gegenseitig befriedigende Beziehungen zu anderen Menschen?
- 7) Bei welchen Gelegenheiten nehmen Sie Drogen und Medikamente? (einschließlich Alkohol, Kaffee und Tabak)?

Wir werden bei der weiteren Aufstellung sehen, daß ich den Punkt 7 ausgelassen habe. Genauer besehen meint Lazarus hier die Modalität 'Erregung und Antrieb'. Ich habe dementsprechend diese Aufstellung geändert.

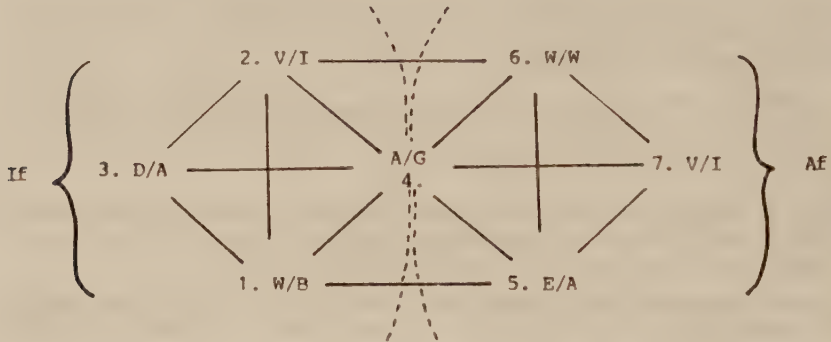
## Die Kennzeichnung der Modalitäten

Die einzelnen Modalitäten werden von Lazarus zumeist kurz und kursorisch beschrieben.

Um deren therapeutische Bedeutsamkeit herauszustellen



len, bedarf es gewisser Ergänzungen, die ich, soweit es erforderlich ist, vornehme. Ich halte mich dabei weitgehend an die Aufstellung von Lazarus, ergänze sie jedoch durch zwei Modalitäten: Antrieb/Erregung und Wollen/Wünschen. Verhalten und Interaktion fasse ich zusammen, da Interaktion lediglich den sozialen Aspekt des Verhaltens beachtet. Ich komme damit zu der im folgenden Schema angeordneten Reihenfolge:



If = Informationsfunktionen, Af = Aktionsfunktionen

- 1. W/B = Wahrnehmung/Befinden
- 2. V/I = Vorstellung/Imagination
- 3. D/A = Denken/Auffassung
- 4. A/G = Affekte/Gefühle
- 5. E/A = Erregung/Antrieb
- 6. W/W = Wünschen/Wollen
- 7. V/I = Verhalten/Interaktion

Das topologische Schema soll verdeutlichen, daß die einzelnen Modalitäten nicht isoliert zu betrachten sind. Sie stehen untereinander in vielfacher dynamischer Wechselbeziehung.

Die folgenden Beschreibungen gehen lediglich auf einige wichtige Charakteristika des Erlebens und Verhaltens ein, über die uns die Klienten mehr oder weniger deutlich und ausführlich Auskunft geben können. Hingewiesen wird dabei besonders auf Abweichungen und Unstimmigkeiten der Informationsaufnahme und -verarbeitung, d. h. auf Tilgungen, Generalisierungen und Verzerrungen, meint doch Lazarus, daß diese Unstimmigkeiten innerhalb der Modalitäten dem Therapeuten differenzierte Hinweise zur Erfassung der Beschwerden des Klienten und damit für die Planung der Therapie geben.

### 1. Wahrnehmung und Befinden

In der Wahrnehmung erfaßt das Individuum etwas, das von seiner Subjektivität losgelöst erscheint. In Wirklichkeit ist der Inhalt des Erlebnisses ebenso von der gegenwärtigen Befindlichkeit der Person wie von der Beschaffenheit des Objekts abhängig. Jenes 'Etwas', das in der Wahrnehmung erfaßt wird, kann entweder etwas in mir selbst sein (Selbstwahrnehmung, innere Wahrnehmung) oder etwas außer mir Seiendes (Sinneswahrnehmung, äußere Wahrnehmung). In der Selbstwahrnehmung erfassen wir unser Befinden.

Früher nahm man an, daß sich die Sinneswahrnehmungen auf verschiedene Bereiche aufteilen und daß es fünf solcher Bereiche gäbe. Keine dieser beiden Angaben wird heute noch vertreten. Die erste Angabe muß ergänzt, die zweite korrigiert werden. Wir sprechen heute von Sinnesmodalitäten, um anzudeuten, daß es sich nicht um selbständige und getrennte Vermögen handelt. Die einheitliche personale Funktion des Wahrnehmens betätigt sich auf verschiedene Weisen. Die Modi heben sich zwar stark voneinander ab, zeigen aber dennoch mannigfache Zusammenhänge und Verwandtschaften untereinander. Die Vielheit der Sinnesmodalitäten zeigt sich in verschiedener Weise: Physikalisch wirken verschiedene Arten von Reizen, physiologisch gibt es verschiedene Eingangspforten (die Sinnesorgane); psychologisch handelt es sich um verschiedene 'sinnesspezifische' Erlebnisweisen.

Es werden heute viel mehr Sinne als früher unterschieden. Der fünfte Sinn alten Stils (der sog. Gefühlssinn z. B.) enthält nicht nur den Sinn für Temperatur und Berührung, sondern erfaßt auch die Modalitäten der kinästhetischen Vibrations- und Gleichgewichtsempfindungen.

"Alle Sinneswahrnehmung beruht je auf drei Faktoren: der äußeren Reizsituation, der spezifischen Erregung des Sinnesorgans und der gesamtpersonalen Reaktion. Nach dem Überwiegen eines der drei Faktoren ergibt sich ... eine Dreigliederung der Täuschungen ... physikalische, periphere (rein sensorielle), zentrale (besser personale) Täuschungen." (Stern, W.: Allgemeine Psychologie auf personalistischer Grundlage. Den Haag <sup>2</sup>1950, S. 226 f.) Für die Psychotherapie sind vor allem die nicht peripher bedingten Täuschungen von Belang. Früher stellte man sie als 'Urteils-Täuschungen' den eigentlichen 'Sinnestäuschungen' gegenüber. Im tatsächlichen Erleben wird die Täuschung nur selten als ein Versagen oder Fehlgehen der Urteilsfähigkeit angesehen. "Sie kann ganz andere Quellen - affekt-mäßiger, willensmäßiger, sozialpsychischer Natur - haben; sie kann auch aus einer personalen Einstellung zur Situation fließen, bei der einzelne isolierte Ursachenmomente gar nicht mehr unterscheidbar sind. Ist ein Mensch - sei es konstitutionell oder momentan - in einem besonders erregten Zustand, in sehr labilem Gleichgewicht, dann werden Sinnesreize ganz anders wahrgenommen und verarbeitet. Erwartung, Furcht, Wunsch, Masseneinflüsse verwandeln das Gesehene und Gehörte im Sinne des personal Bedeutsamen." (Stern, S. 229 f.) Weiter spielen eine Rolle: die Suggestion, Erwartungsspannungen und abgelenkte Aufmerksamkeit.

In die meisten Wahrnehmungen gehen Empfindungen aus den verschiedensten Sinnesgebieten ein. An sehr vielen Wahrnehmungen haftet auch eine Gefühlsnote. Es ist also an jeder Wahrnehmung fast immer das ganze Gehirn beteiligt. Für jede Wahrnehmung charakteristisch ist, daß wir sie in den äußeren Raum eingliedern. Die gesammelten Eindrücke werden im Laufe der Entwicklung verschmolzen zu Begriffen und Oberbegriffen, die eine Art formelhafte Verkürzung beim Denkkakt ermöglichen. In der Sprache werden die wahrgenommenen Konkreta in Wortsymbolen zusammengefaßt, vom Anschaulichen immer mehr gelöst.

Eine Vorbedingung für den Erwerb neuer Wahrnehmungen ist es, daß wir uns die Dinge, die wir früher einmal wahrgenommen haben, jederzeit wieder reproduzieren können, vor dem geistigen Auge erscheinen lassen können, um an ihnen die neue Wahrnehmung zu messen und sie einzugliedern. Wir können uns früher Gesehenes, Gehörtes, überhaupt Erlebtes jederzeit wieder 'vorstellen'. Diese Vorstellungen sind - worauf besonders Jaspers hingewiesen hat - durch eine Reihe von Merkmalen unterschieden.

Wenn wir auch die Vorstellung an anderer Stelle behandeln, so sollen doch hier die wichtigsten Merkmalsunterscheidungen angeführt werden:

W

V

1) Gegenstand steht leibhaftig vor uns und besitzt Objektcharakter.

2) Gegenstände erscheinen im äußeren Raum.

3) Wahrnehmungen sind bestimmt, stehen vollständig mit allen Details vor uns.

4) Wahrnehmungen haben volle sinnliche Frische, z. B. lebendige Farben oder vollen Klang.

5) Wahrnehmungen sind konstant, unabhängig von unserem Willen, und wir sind ihnen (erlebnis-mäßig!) passiv hingegeben.

Gegenstand erscheint als Bild und besitzt Subjektcharakter.

Gegenstände erscheinen im inneren subjektiven Vorstellungsräum, vor dem 'geistigen Auge'.

Vorstellungen sind unbestimmt, unvollständig und nur jeweils in einzelnen Details, auf die wir gerade unsere innere Aufmerksamkeit richten, deutlich.

Vorstellungen haben meist wenig sinnliche Frische, sind nach Farbe matt, vielleicht sogar grau, nach Tönen andersartig.

Vorstellungen zerflattern, können und müssen immer wieder von neuem erzeugt werden, sind abhängig von unserem Willen, können hervorgerufen und abgeändert werden, wir sind dabei aktiv.

Unter Umständen kann unser Wahrnehmen fehlgedeutet werden durch einen starken Affektzustand. Im Dunkel der Nacht und bei ängstlicher Stimmungslage halten wir einen Baumstamm für eine drohende Gestalt. In der Erwartung, daß uns jemand aufsucht, meint man, das Gartentor gehört zu haben.

...

Im pathologischen Angstzustand kommt es zu einer dauernden Verkenennung von Gegenständen. Wirklich vorhandene Objekte werden bei starken Affekt und getrübler Bewußtseinslage als neue, fremdartige und erschreckende Wahrnehmungen verkannt und erlebt. Man nennt diese Art von Wahrnehmungstäuschungen Illusionen (Beispiel: Erbkönig). Illusionen sind krankhafte Umdeutungen wirklich vorhandener Sinnesindrücke; es sind gefälschte Wahrnehmungen, die den Beobachter narren.

Es gibt auch Sinnestäuschungen, denen ein wirkliches Objekt im Raum überhaupt nicht entspricht. Dies sind die echten Halluzinationen. Mit sinnlicher Klarheit hört der Kranke trotz absoluter äußerer Ruhe störenden Lärm (Akoasmen); oder er hört seinen Namen rufen; ganze Gespräche können geführt werden; oder er sieht Gestalten mit mehr oder weniger großer sinnlicher Deutlichkeit und Plastizität: kleine Tiere, Teufel, Engel, verummte Gestalten, unter Umständen auch ganze Landschaften (Visionen); oder er riecht mit sinnlicher Deutlichkeit einen Totengeruch, schmeckt Tinte, Gift usw. Bezeichnend sind auch die Halluzinationen des Tastsinnes, haptische Halluzinationen oder abnorme Sensationen, seltsame Körperempfindungen, die als Quälereien gedeutet werden.

Eine besonders wichtige Wahrnehmung bezieht sich auf unsere leiblichen Organe und Funktionen. Diese Wahrnehmung zeigt uns unser Befinden, den Pegel unserer vitalen Spannkraft an. Wir fühlen uns frisch oder ermüdet, müde, erschöpft.

Bei schweren psychischen Störungen klagen die Klienten oft über Sensationen des Leibes. Sie fühlen sich versteinert, vertrocknet, ausgebrannt, leer. Das Leibbewußtsein ist gestört.

Bei vielen Menschen ist der sensorische Bereich, wie Lazarus vermerkt, nahezu verstümmelt. Sie sind unfähig, das Wohlempfinden eines warmen Bades, einer kühlen Brise, einer sanften Massage zu empfinden. Die sensibilisierte Selbstwahrnehmung oder Selbstbewußtheit (awareness) ist für den oft vereinseitigten Menschen der Gegenwart wichtig.



Wie man besser in Kontakt mit sich selbst und seinem Körper kommen kann, schildert ausführlich John O. Stevens in seinem Buch 'Die Kunst der Wahrnehmung' (Mohn. <sup>2</sup> 1976).

Wir haben in der Aktivierungstherapie einige dieser gestalttherapeutischen Übungen übernommen, so z. B. den Dialog mit den Symptomen.

Der Klient schließt die Augen und denkt an sein körperliches Symptom, das ihn belästigt. Er wendet seine ganze Aufmerksamkeit dem Symptom zu und fragt sich: Welche Teile meines Körpers sind davon betroffen? Welche besonderen Empfindungen habe ich dort - Empfindungen des Schmerzes, der Spannung?

Der Klient versucht, jedes Unbehagen voll zu akzeptieren. Um es deutlicher zu spüren, versucht er, es zu verstärken. Danach kann er durch Entspannung und Lockerung die Wirkung des Symptoms zu vermindern.

In einer weiteren Übung versetzt sich der Klient in das Symptom, identifiziert sich mit ihm, ist selbst das Symptom. Das Klient gewordene Symptom stellt sich die Frage: Womit belästige ich Menschen? Wovon befreie ich sie? Es spricht dies aus, teilt mit, was es den Menschen antut und in welcher Weise es ihnen behilflich ist. Hilfe und Stütze bei einer Vermeidung? Was wird vermieden? Was bedeutet das Symptom für die Person und was erreicht es bei den anderen Menschen? Dabei spricht das Symptom zu den anderen, zu denen der Klient eine besondere Beziehung hat: zu den Eltern, Freunden, Vorgesetzten, zum Partner, zu den Kindern.

Diese Übung soll dem Klienten deutlich machen, was er mit der Symptombildung zu erreichen hofft, welchen Nutzen er sich im Hinblick auf sich selbst und andere verspricht.

In der auf das Dialog-Spiel folgenden Besprechung wird der Klient aufgefordert, sich zu fragen, ob das, was ihm das Symptom einbringt, wirklich von Nutzen ist.

Die diagnostische Entlarvung der Symptome schafft eine gute Ausgangslage für die weitere Arbeit am Symptomverhalten, an der Auflösung der Symptome und ihrer Ersetzung durch produktive Verhaltensweisen.

## 2. Vorstellung und Imagination

Vorstellungen entstehen aus den Wahrnehmungen und wirken integrativ auf diese zurück. Wir erweitern das unmittelbar sinnlich Gegebene kraft unserer Vorstellungen über seinen tatsächlichen Bestand hinaus. Wir sehen bei einem Gegenstand nur seine Vorderseite, ergänzen das Gesehene zur 'Gegenstandswahrnehmung'. Im vorstellenden Vergegenwärtigen befreien wir uns von der unmittelbaren Wahrnehmung im Hier und Jetzt.

Zwei Gruppen von Vorstellungen spielen in unserem 'seelischen Haushalt' eine große Rolle: die Erinnerungsvorstellungen und die Phantasievorstellungen oder Imaginationen.

Bereits Francis Galton, der gegen Ende des 19. Jahrhunderts viele originelle Beobachtungen anstellte, schätzte nach einer Untersuchung über das Vorstellungsvermögen, daß etwa 20 % der Bevölkerung eine lebendige Vorstellungskraft haben. In unserem Jahrhundert hat sich vor allem Erich Jaensch mit dem Phänomen befaßt. Er war der Ansicht, daß die bildhaften Vorstellungen einem von Vorstellungen und Wahrnehmungen abzuhebenden eigenständigen Funktionsbereich angehören. Er nennt diese bildhaften Vorstellungen Anschauungsbilder oder eidetische Bilder. Ob diese eine eigene Klasse bilden, ist nach den Streitereien um die Eidetik belanglos.

Das Phänomen als solches kann nicht geleugnet werden. Allerdings ist es doch nicht so verbreitet, wie Erich Jaensch in den zwanziger und dreißiger Jahren annahm. So fand Haber von der Rochester University unter 500 Kindern zwanzig mit einer eidetischen Fähigkeit oder einem fotografischen Vorstellungsvermögen. Die Ergebnisse waren beeindruckend. Den Kindern wurde z. B. kurze Zeit ein Bild dargeboten, in dem auf einem Landenschild in deutscher Sprache HAUSWIRTSCHAFT geschrieben stand. Die englisch sprechenden Kinder konnten u. a. dieses Ihnen völlig unverständliche und fremde Wort buchstabieren, indem sie es von ihrem geistigen Bild ablasen (Leask, J., Haber, R.H. und Haber, R.B.: Eidetic imagery in children II, Psychonomic Monoqr. Suppl. 3, 1963)."

Ann Roe ist diesem Problem in besonderer Richtung nachgegangen. Sie hat amerikanische Wissenschaftler beobachtet und kam zu dem Ergebnis, daß Biologen und Physiker eher Visualisierer seien, während Psychologen und Anthropologen primär Verbalisierer seien, das heißt, beim Denken von Worten abhängig sind. Es war Bartlett, der im Verlaufe seiner Forschungsarbeiten über das Gedächtnis zu dem Schluß kam, daß sich Menschen in zwei Gruppen unterteilen, und zwar in Visualisierer und Verbalisierer. Der Encephalographologe Grey Walter, der am Neurological Institute in der Nähe von Bristol gearbeitet hat, untersuchte den Gegenstand genauer. Er kam zu dem Ergebnis, daß etwa 15 % der Bevölkerung ausschließlich visuell denken, 15 % ausschließlich verbal. Der größere Rest wendet eine Mischung von beidem an (Roe, A.: The psychology of occupations. NY 1956 - Bartlett, F.: Remembering: A study in experimental and social psychology. Cambridge 1932 - Walter, W. Grey: The living brain. London 1953).

Interessant sind noch weitere Befunde:

- Visualisierer atmen gleichmäßiger als Nicht-Visualisierer. Verbalisierer atmen gleichmäßiger als sonst, wenn sie mit räumlichen Aufgaben befaßt sind, die ihre bildlichen Vorstellungskräfte herausfordern.
- Visualisierer sind im allgemeinen entspannter, kreativer und flexibler als Menschen mit geringem bildhaften Vorstellungsvermögen.
- Visualisierer haben Schwierigkeiten, abstrakte Konzepte zu bilden, und es fällt ihnen schwer, mit Verbalisierern zu kommunizieren. Verbalisierer haben die Neigung, im Bereich von Konzepten zu operieren, die allzuoft nur eine schwache Beziehung zur wirklichen Welt haben.

Wir leben in einer Welt, in der das Verbale, Begriffliche höher bewertet wird als das Bildhafte. So kommt es, daß die Verbalisierer ihr Defizit meist gar nicht wahrnehmen, während die Visualisierer sich oft frustriert und übergangen fühlen. Auch in der Schule ist die Verbal-Persönlichkeit oft im Vorteil, ist doch schulischer Unterricht fast ausschließlich Verbalunterricht.

Wir sind der Auffassung, daß wir unter den Klienten mehr Visualisierern begegnen als Verbalisierern. Das hat uns veranlaßt, in die Therapie eine Reihe von Visualisierungsübungen aufzunehmen. Wenn wir auch von der Bedeutung der Verbalisierung überzeugt sind, so sollte uns das doch nicht davon abhalten, die Visualisierer mehr zu beachten.

Unser Erleben und Verhalten werden im allgemeinen weit mehr durch vorgestellte Bilder als durch formulierte (verbalisierte) Gedanken bewegt. Die Kognitive Therapie wird gelegentlich völlig mißverstanden, weil man den Begriff Kognition mit dem der Rationalität verwechselt, die doch nur ein Teilphänomen von Kognition ist. Kognition umfaßt Wahrnehmen, Vorstellen und Denken. Den Vorstellungen kommt eine Schlüsselstellung zwischen dem wahrnehmenden Vergegenwärtigen und dem denkenden Verarbeiten zu. Wenn wir Gedanken und Einsichten zugkräftig machen wollen, müssen wir diese im Vorstellungsbereich, in (Leit-)Bildern verankern. Ludwig Klages hat diesen Sachverhalt klar erkannt: Er spricht von der 'Zugkraft der Bilder' (Klages, L.: Die Grundlagen der Charakterkunde. 7./8. A. Lpz. 1936, S. 132). In den Wachträumen bereiten wir die Lösung von Problemen und Konflikten, die Gestaltung von Vorhaben, die Ausrichtung auf Lebensziele und Lebensweisen vor. Wir produzieren ständig Geschichten. Einen Teil von ihnen realisieren wir. Unser Leben ist ein Folge zahlloser, mehr oder weniger locker verbundener Geschichten.

Ohne auf Fehlformen von Erinnerungs- und Phantasievorstellungen einzugehen, wollen wir kurz die Bedeutung der Phantasie und ihre Mobilisierung in der Therapie unterstreichen.

Die Leistung der Phantasie besteht darin, "daß wir uns die Schilderung noch nie gesehener Gegenden oder Menschen zu veranschaulichen vermögen. Aber nicht nur das Tatsächliche, jedoch von uns noch nicht Erfahrene bringt die Phantasie in den Horizont gegenwärtigen Erlebens sondern auch das Zukünftige, noch nicht Verwirklichte. Und nicht nur das Zukünftige, sondern auch das bloß Mögliche, das vielleicht niemals seine Verwirklichung findet, ist es, in dessen Umkreis zu leben uns die Phantasie gestattet. Der freien Tätigkeit der Vorstellungen, die wir Phantasie nennen, kommt eine eminente Bedeutung im Zusammenhang des seelischen Lebens zu." (Lersch, Ph.: Aufbau der Person. Mchn. <sup>B</sup>1962, S. 420 f.)

Den Anschluß an die praktische Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit findet die Phantasie in der planenden Phantasie. Der Mensch vermag die Zukunft planend in Vorstellungen vorwegzunehmen. Er ver-

mag mit Hilfe der Phantasie im Vorentwurf des Kommenden zu leben. Die planende Phantasie macht den Menschen erst zum handelnden Wesen. Von der planenden Phantasie hängen seine Aktivität, Initiative und seine Handlungsvollzüge ab.

Bei den Klienten der Therapie fallen zumeist zwei Störungen auf, einmal ein Mangel an Phantasie bzw. Vorstellungs- und Einbildungskraft und zum anderen eine Überproduktion frei schwebender Phantasien. Im ersten Falle kommt es darauf an, den Klienten über ~~verschiedene~~ Phantasieübungen überhaupt zum Phantasieren anzuregen. Stevens gibt in seinem Buch 'Die Kunst der Wahrnehmung' vielseitige Anregungen (S. 143 - 172). Im Fortgang sollte sich die Phantasiearbeit auf den Symptomabbau konzentrieren. Im zweiten Falle wird der Therapeut den Klienten dazu anregen, schrittweise seine irrealen Phantasien zu 'erden', d. h. die Phantasie auf mögliche Erreichbarkeit (in der sogenannten Realphantasie) zu konzentrieren.

### 3. Denken und Auffassung

Die Leistung des denkenden Erfassens besteht darin, daß es die wahrgenommene Wirklichkeit als ein geordnetes Feld von Gegenständen, Sachverhalten und Sinngehalten zu Bewußtsein bringt. Dabei bedient sich der Mensch im allgemeinen der Sprache. Denken ist ein aktives Stellungnehmen des Ich. Wir greifen im Denken auf gespeichertes Wissen - auf Tätigkeitsbereitschaften, Aktionsdispositionen des Ich - zurück.

Wenn jemand 'weiß', daß eine Kreuzotter ein giftiges Tier ist, so besteht dieses Wissen nicht in 'Vorstellungen' visueller Art, er braucht sogar nie eine Kreuzotter gesehen zu haben und braucht kein 'Bild' von ihr im Gedächtnis zu tragen. Das Wesen jenes Wissens liegt vor allem in gewissen Verhaltensweisen und Gefühlen der Vorsicht, die sofort aktuell werden, sobald er ein Reptil erblickt, das vielleicht eine Kreuzotter sein könnte. Jemand, der nicht in dieser Weise reagierte, hätte keinen 'Begriff' von der Kreuzotter.



Unser Wissen ist also in Aktions- und Tätigkeitsbereitschaften gespeichert. Wenn ich über einen Sachverhalt ein Urteil formuliere, so ist dies nur eine Äußerungsweise unter anderen, in der ich mein Wissen ausdrücke. Die Fähigkeit, Urteile über einen Sachverhalt zu fällen, gehört zum Begriff des Sachverhaltes (oder Dinges). Das Urteil ist aber weder die einzige noch die wichtigste Aktionsmöglichkeit. Viele Menschen sind gar nicht fähig, klare Urteile über die Dinge ihrer Umgebung zu fällen; sie können aber doch einen sehr lebendigen Begriff darüber haben. Vom Begriff 'Pferd' kann ein Pferdepfleger einen lebendigeren Begriff als ein Zoologe haben. Wir haben nicht einen ausreichenden Begriff, wenn wir ihn unter dem Obergriff subsummieren können, sondern erst dann, wenn wir mit ihm arbeiten können. Darauf verweist uns bereits die Etymologie von 'Begriff'. Ich habe etwas 'begriffen', wenn ich Hand angelegt habe, damit zu arbeiten weiß, nicht indem ich den Gegenstand in logische Schemata hineingepreßt habe.

Wir müssen - und darin liegt der Akzent der Kognitiven Verhaltenstherapie - das begriffliche Denken und Urteilen als Handlung, als motorischen Akt fassen. Urteilen als Fixieren und Mitteilen ist stets ein Handeln, entweder ein reaktives, durch einen Affekt ausgelöstes oder eine vorher eingestellte, von bestimmter Absicht geleitete Willenshandlung. Die Begriffe, die als lebendige Glieder den Urteilsorganismus bilden, sind darum ebenfalls Aktivitäten, Willensakte. Kognitive Therapie, die es mit der Etablierung und Strukturierung von Begriffen zu tun hat, ist damit nicht eine intellektualistische Therapie. All unserem Denken und sog. 'reinem Erkennen' liegen Antriebe und Motive zugrunde, die nicht selber intellektualistischer Natur sind.

Begriffe sind Zentren für vital-notwendige Stellungnahmen, für Tätigkeiten des Ich. Unter diesen Tätigkeiten ist das Urteilen, d. h. die Anwendung der Begriffe auf spezielle Fälle und meist zum Zweck der Mitteilung, nur eine neben anderen. Begriffe sind lebensfördernde Angepaßtheiten des Geistes. Ihre Adäquatheit bewährt sich darin, daß sich damit erfolgreich arbeiten läßt.

Wahres Wissen ist nicht Erinnerung, sondern Handeln, Tätigkeit, Wirksamkeit. Wissen ist eine Disposition zum Handeln. Wissen ist immer ein Können. Man verlangt von einem Examenskandidaten, daß er das, was er weiß, auch darstellen kann.

Wie kommt es, daß wir in der Kognitiven Therapie spezielle Methoden anwenden, um Einsicht in Verhalten zu überführen? Wenn ich eine Einsicht habe, so habe ich doch etwas begriffen. Leider täuschen wir uns hier oft. Wenn mein Auto nicht sofort 'anspringt' und dann nicht 'richtig zieht', kann mich ein Kollege, der das 'Verhalten' dieses Wagens kennt, darauf aufmerksam machen, daß sicher eine Düse verstopft oder der Vergaser nicht richtig eingestellt sei. Ich nicke und meine, ihn verstanden zu haben. Wenn ich einen vollkomponierten Begriff von Düse und Vergaser hätte, müßte ich ja wohl fähig sein, beide nach dem Öffnen der Kühlerhaube zu finden und den Schaden zu beheben. Doch das gelingt mir nicht. Ich habe eben doch keinen wirklichen Begriff von Düse und Vergaser, weil ich mit ihnen nicht umgehen kann.

So kann ein Klient z. B. einsehen, daß sein Zögern und seine Selbstunsicherheit ihn immer wieder in Schwierigkeiten bringen. Selbstsicherheit müßte er, wie er meint, entwickeln. Solange er nicht wichtige Schritte in dieser Richtung erreicht, hat er wohl das Wort, aber nicht den Begriff 'Selbstsicherheit' verstanden.

In der Therapie versuchen wir, diese Aufgabe unter dem Stichwort 'Implementierung von Kognitionen' zu lösen: (1) Der Klient wird aufgefordert, diese Einsicht zu begründen, Argumente von den persönlichen und sozialen Folgen her beizubringen. (2) Der Klient wird angehalten, Aktions- und Ausführungsmodi zu eruieren (z. B. aufrechter Gang, Blickkontakt, mittlere stimmliche Lautstärke usw.).

(3) Was behindert die Transformation von Einsicht in Verhalten? In welchen speziellen Situationen ist er unsicher und gehemmt? Vielleicht Personen gegenüber, die eine höhere gesellschaftliche Position, einen akademischen Titel o. ä. haben? Vielleicht Personen gegenüber, die besonders forsch, robust und fordernd auftreten oder nur einen 'stechenden Blick' haben? (4) Der Klient wird vom Therapeuten aufgefordert, mögliche reale Erprobungssituationen für selbstsicheres Verhalten anzugeben und dann in einer Schwierigkeitsskala

zu ordnen. (5) Aufstellung eines Stufen- und Zeitplans für den Einsatz selbstsicheren Verhaltens. (6) Ausführung des Verhaltens und dabei jeweils anschließend die Konsequenzen persönlicher Art (Gefühle) und sozialer Art (Wirkung auf den anderen, die anderen) festhalten. (7) Der Klient soll abschließend ausdrücklich den Gewinn buchen, sich selbst loben und damit das Verhalten festigen. Erst jetzt hat der Klient einen lebendigen Begriff von Selbstsicherheit.

Mit dem Erwerb von Erfahrungen und Begriffen etablieren sich gewisse Auffassungen, Bewertungen, Einstellungen. Diese können produktiv, erlebnis- und verhaltenserweiternd sein; sie können aber auch unproduktiv, erlebnis- und verhaltensverengend, fehlerhaft und belastend sein. Im letzteren Falle führen sie oft zu emotionalen Störungen.

Ellis hat in seiner rational-emotiven Therapie auf etwa ein Dutzend solcher Fehl Auffassungen - er nennt sie irrationale Annahmen - aufmerksam gemacht. Wir wollen sie hier nicht alle anführen. Eine dieser Annahmen ist z. B.: 'Ich muß bei allen, die ich kenne, beliebt sein.' Daraus folgt eine ganze Reihe von Verhaltensweisen, z. B. zu allem Ja und Amen sagen, schweigend ein Unrecht einstecken, seine Meinung nicht vertreten, immer ein freundliches Gesicht machen usw. Weitere Fehlannahmen, die wir häufig bei Klienten beobachten, sind: 'Ich kann mich doch nicht mehr ändern. An allem sind die äußeren Umstände schuld', oder spezieller: 'für meine Schwierigkeiten sind meine Eltern und ihre Erziehung verantwortlich. Meinen schwachen Charakter habe ich von meinem Vater oder meiner Mutter geerbt.'

Diese Auffassungen sind selbstschädigend. Sie behindern die Therapie und erzeugen geradezu das, was mit ihnen ausgesagt und verbunden ist. Sie haben eine selbst-prophezeiende Wirkung, dienen zur Rechtfertigung eines neurotischen Status quo, lähmen die Aktivität, blockieren die Selbstheilungskräfte.

Eine ebenfalls weitverbreitete neurotische Auffassung hat Karen Horney mit dem Begriff 'Tyrannei des Sollens' bezeichnet. Sie meint damit Auffassungen, wie: 'Du solltest alles ertragen können, verstehen können, immer fit sein können, immer überlegen sein können' u. ä. (Horney, K.: Unsere inneren Konflikte. Stuttg. 1954, S. 113).

Wir können alle angeführten Beispiele auch unter den Begriff 'Denkfehler' bringen. Im Alltag und besonders in der Therapie begegnen wir aber noch anderen Fehlformen des Denkens, vor allem:

- dem voreiligen Schlußfolgern. Aufgrund einer oder einiger negativer Erfahrungen kommt der Klient zu dem Urteil, die Welt sei feindlich oder schlecht. Auch über sich selbst fällt der Klient dabei oft ein negatives Urteil: 'Ich bin ein Pechvogel. Ich habe im Leben kein Glück. Ich bin ein Versager.'
- dem monokausalen Denken. Vorsehnell wird einem komplexen Verhalten eine Ursache zugesprochen. Bezieht sich dieses Denken auf die eigene Person, so blockiert der Klient wichtige Stücke der Selbsterkenntnis. Beispiele dieses Vorgehens sind etwa: 'An allen meinen Schwächen sind nur meine Eltern schuld.' Oder: 'Meine Erregung kommt nur durch den Föhn zustande.'
- dem affektverzerrten Denken. Unsere Emotionen wirken, nachdem sie durch Denken entstanden sind, auf dieses zurück. So privilegiert und produziert die Angst Gedanken der Bedrohlichkeit. Diese führen zu größerer Erregung und Ängstlichkeit. Der Klient gerät in einen sich selbst aufheizenden Kreisprozeß.
- dem dichotomen Denken. Solche Menschen denken vorzugsweise in Kontrasten. Entweder ist etwas schwarz oder weiß, ist jemand sündig oder heilig, ehrenwert oder kriminell. In gleicher Weise stilisieren und charakterisieren sie sich selbst in selbstüberschätzender und selbsterniedrigender Weise. Die - um beim ersten Beispiel zu bleiben - dazwischenliegenden Grautöne nehmen sie nicht wahr. Solches rigorose Denken behindert Selbsteinsicht und Kommunikation.
- dem magischen Denken. Dieses Denken geht in zwei Richtungen: Man versucht einmal, damit sein Geschick zu lenken, zum anderen, es zu befragen. In Zeiten der Unsicherheit blüht magisches Denken. Man glaubt an bestimmte Zahlenkombinationen, die im Lotto Glück bringen müssen. Man versucht, aus der magischen Astrologie die Tage der Glücks- und Unglückschancen zu erfahren.

- dem Wunschdenken. Es ist dem magischen Denken verwandt. Wir meinen hier nicht ein Denken, das Wünsche einbezieht und artikuliert. Vielmehr verliert sich das Denken hier im Wünschen. Man macht sich ständig selbst etwas vor, sieht seine Wünsche schon verwirklicht, spielt z. B. den 'großen Mann'. Besonders deutlich wird die Irrealität des Wunschdenkens in den kleineren oder größeren Utopien, die zumeist recht starr ausgearbeitet sind. Solche Wünsche können einen Menschen blind für wirkliche Verhältnisse und Geschehnisse machen. Zuletzt glaubt er so stark an seine Wünsche, daß er die Wirklichkeit fälscht.

Wir bezeichnen eine solche Fehlhaltung als Pseudologie.

- dem Vermutungsdenken. Mit dieser Denkart knüpfen wir an die zuerst angeführte Form, der voreiligen Schlußfolgerung, an. Vermutungen haben zumeist eine Tendenz ins Negative. Aufgrund irgendeiner unbedeutenden Beobachtung werden einem anderen 'böse Absichten' unterstellt. Der Klient ist zurückhaltend, beobachtet den anderen mit 'verstoßenem Blick', erzeugt damit beim anderen eine Hab-acht-Einstellung, die der Klient wiederum im Sinne seiner negativen Vermutung deutet.

Selbstunsichere Menschen ergehen sich oft in Vermutungen. Sie haben nicht den Mut, anderen offen zu begegnen und sie um Auskunft zu bitten.

Die zu Beginn des Abschnitts V. angeführten Prozesse der Generalisierung, Tilgung und Verzerrung zeigen sich in den sprachlichen Formulierungen der Klienten. Richard Bandler und John Grinder haben in ihrem Buch 'Metasprache und Psychotherapie' (Paderborn 1981, S. 34 ff.) ausführlich auf diese Fehlkonstruktionen und ihre Bedeutung für die Therapie hingewiesen:

"Generalisierung (generalization) ist der Prozeß, durch den Elemente oder Teile eines persönlichen Modells von der ursprünglichen Erfahrung abgelöst werden, um dann die gesamte Kategorie, von der diese Erfahrung ein Beispiel darstellt, zu verkörpern." (B. u. G., S. 35)

Beispiel: Berührung eines heißen Ofens führt zu der Auffassung, daß Öfen generell gefährlich sind.



Tilgung (deletion) "ist ein Prozeß, durch den wir unsere Aufmerksamkeit selektiv bestimmten Dimensionen unserer Erfahrung zuwenden und andere ausschließen." (B. u. G., S. 36) Beispiel: Ein Mann war überzeugt, nicht liebenswert zu sein, da ihm seine Frau nie Liebesbotschaften vermittelte. Eine Nachprüfung ergab, daß seine Frau durchaus Aussagen der Zuneigung machte. Er überhörte sie aufgrund seiner generalisierten Selbstwertherabsetzung.

Die Verzerrung (distortion) ist ein Prozeß der Umdeutung von Erfahrungen. Der Mann im vorigen Beispiel wird, falls er auf die offensichtlichen Zuneigungsbotschaften seiner Frau hingewiesen wird, diese Botschaften als unaufrichtig deuten.

Bandler und Grinder geben in ihrem Buch viele Beispiele der genannten Art. Sie zeigen, daß eine Kognitive Therapie auch zu einer Veränderung - Präzisierung und Anreicherung - sprachlicher Muster beim Klienten führt und führen sollte.

#### 4. Affekte und Gefühle

Die Unterteilung der Emotionen in Affekte und Gefühle hebt nur den Erregungs- und Ausdrucksgrad hervor. Affekte sind Gefühle, die abrupt und heftig ablaufen, bei denen deutlich sichtbar der Körper mitbeteiligt ist. Beispiele sind Entsetzen, Wut und Empörung auf der negativen Seite, Verzückung, Jubel und Begeisterung auf der positiven Seite.

Da wir uns hier mit den therapeutischen Aspekten der emotionalen Modalität befassen, heben wir die Gefühlsregungen der negativen Seite hervor. Wir fragen uns, welche Beschwerden die Klienten in dieser Hinsicht äußern. Ohne Vollständigkeit anzustreben, kann man wohl folgende Liste anführen, die verschiedene Grade der Beeinträchtigung widerspiegelt: (1) Gefühl der Enttäuschung, Gefühl, sich verletzt zu fühlen; (2) Ärger, Zorn, Empörung; (3) Unsicherheitsgefühl; (4) Unzulänglichkeitsgefühl, Minderwertigkeitsgefühl;

(5) Neid, Mißgunst; (6) Angst, Befürchtungen; (7) Mißtrauen, Eifersucht; (8) Aggressivität, Feindseligkeit, Verachtung, Haß; (9) Gefühl der Langeweile und des Überdrusses; (10) Gefühl der Einsamkeit und Verlassenheit; (11) Mißmut, Verdrossenheit, Verbitterung, Ressentiment; (12) Scham- und Schuldgefühle; (13) Gefühle der Abgespanntheit, Mattigkeit, Schwäche, Niedergeschlagenheit; (14) Resignation; (15) Schermut, Depression; (16) Verzweiflung.

Die meisten Menschen kennen die Spielarten dieser Gefühle; sie haben sie mehr oder weniger deutlich selbst an sich erfahren. Von neurotischer Gefühlsstörung spricht man aber erst bei größeren Schweregraden und längeren Erstreckungen, so bei chronisch gewordenen Zuständen des Ärgers, des Minderwertigkeitsgefühls, der Aggressivität, der Angst, des Mißtrauens, der Schuldgefühle und der Depression. Der Angst kommt dabei eine zentrale Stellung zu, finden wir doch bei allen neurotischen Störungen einen Angsteinschlag.

Jedem der anhaltenden intensiven negativen Gefühle gingen bei seiner Entstehung und gehen bei seiner gegenwärtigen Äußerung beim Klienten bestimmte auslösende Gedanken und Gedankenketten voraus. In der therapeutischen Zusammenkunft versucht der Therapeut, vom Klienten Auskunft über diese seine kognitiven Selbstgespräche zu erhalten. Da diese Gespräche oft sehr verkürzt - gleichsam im Stenogramm - ablaufen, entgehen sie häufig der Selbstbeobachtung. Der Klient wird in diesem Falle dazu angehalten, in sich zu 'hören'. Immer wieder stellen wir fest, daß Klienten die innere Stimme mit Überraschung und Staunen zur Kenntnis nehmen. 'Ich habe davon bisher eigentlich nichts vernommen; jetzt achte ich auf meinen inneren Regisseur. Ich diskutiere mit ihm. Er revidiert dann seine Anweisungen und läßt mich mehr zu Worte kommen. Seitdem sacke ich nicht mehr so wie früher ab.' Dieser Protokollauschnitt einer 36jährigen Musikpädagogin, die unterdepressiven Verstimmungen und einer Reihe von Phobien litt, zeigt mit aller Deutlichkeit, daß wir unser Geschick und unsere Gefühle über den inneren Dialog beeinflussen können. In der Therapie mit Zwangskranken bezeichnen wir die Instanz, die den Klienten immer

wieder zum Zwangsdenken und zu Zwangsritualen verführt, als den 'kranken Teil' in ihm. Er lernt schrittweise, immer stärker auf seinen 'gesunden Teil' zu achten und zu reagieren. Je denk- und verhaltensbestimmender der 'gesunde Teil' wird, desto mehr löst sich der 'kranke Teil' auf.

Die meisten Gefühle haben ein gegenständliches Korrelat, auf das sie bezogen sind: Ich ärgere mich über ..., ich bin zornig auf ..., ich fürchte mich vor ... usw. Lediglich das Minderwertigkeitsgefühl und das Schuldgefühl verweisen auf die eigene Person. Sie stehen in unmittelbarem Bezug zum Selbstwertgefühl. Die hier verankerten und erfahrbaren psychischen Erscheinungen des gesunden bzw. gestörten Selbstbewußtseins, Selbstvertrauens, der Selbstsicherheit sind Bestimmungskräfte der Auffassungs-, Verarbeitungs- und Antriebsfunktionen des Menschen. Sie bestimmen weitgehend unsere Wahrnehmungs- und Lernfähigkeit, unsere Spannungs- und Konfliktverarbeitung, unsere Leistungs-, Gestaltungs- und Kommunikationsfähigkeit. Bei herabgesetztem Selbstwertgefühl gerät der Mensch in den Zustand emotionaler Labilität, erhöhter Angstbereitschaft und Unsicherheit. Verfestigt sich diese Befindlichkeit, so sprechen wir von einem LAU-Syndrom. Der Mensch ist dann in besonderem Maße anfällig für psychische und psychosomatische Störungen verschiedener Art.

Ehe wir uns der Frage der Äußerung und Verbalisierung der Gefühle zuwenden, wollen wir noch drei Sonderphänomene besprechen: die Ambivalenz, die Gefühlsleere und die Alexithymie.

### Zur Ambivalenz der Gefühle

Lust und Unlust sind keine rein gegensätzlichen Merkmale. Sie müßten sich dann, wenn sie sich in einem identischen Erleben begegnen, gegenseitig aufheben. Dies ist aber nicht der Fall. "Es entsteht kein Grau aus dem Schwarz und Weiß der Gefühle, keine Indifferenz aus dem Wettstreit von Lust und Leid, sondern eine neue starke Farbigkeit ist da.

Es ist ein Gefühl von ganz anderer Art, dessen Charakteristikum

eine innere Zwiespältigkeit, ein schillerndes Zugleich von Lust und Unlust ist. Für dieses Gefühlsmerkmal ist der Ausdruck 'Ambivalenz' üblich geworden." (Stern, W.: Allgemeine Psychologie. S. 742)

Bei aller Steigerung seiner Lebenskräfte und damit seines Wohlbefindens bei den ersten 'Zügen' hat der Alkoholabhängige doch zugleich ein gemischtes Gefühl, weil er die kommende Niederlage ahnt. - Bei gewagten Unternehmungen, wie z. B. einer gefährlichen Bergbesteigung, kommt es zu einer Mischung von Angst und Lust, zur sogenannten Angst-Lust. - Eine Tochter pflegt bis weit in ihr heiratsfähiges Alter ihre kranke Mutter. Gelegentlich tauchen bei der Tochter feindselige Gedanken - Todeswünsche - gegenüber der von ihr geliebten Mutter auf, die sie um ihr Lebensglück bringt. Das fremdartige Mischgefühl der Haß-Liebe beunruhigt sie.

Ein durchgängiges Grundmerkmal aller Neurotiker ist - wie schon erörtert - die emotionale Labilität, Angst und Unsicherheit, das LAU-Syndrom. Bei dieser Konstellation neigt der Mensch zur Gefühlsambivalenz. Harald Schultz-Hencke sieht daher in der Ambivalenz ein Kriterium der Gehemmtheit. "Wir beobachten z. B., daß jemand nicht lieben kann. Er hat mehrfach 'geliebt'. Nie ist er zu einfacher ruhiger Beglücktheit gelangt. Immer war etwas zwischen ihm und dem Partner. Sein Liebeserleben war stets zwiespältig ... ambivalent." (Schultz-Hencke, H.: Der gehemmte Mensch. Stuttg. <sup>3</sup> 1969, S. 64)

#### Zum Gefühl der Gefühlsleere

Der Mensch kann bei schweren Belastungen und Verlusten in den Zustand der Apathie geraten. In diesem Zustand läßt er alle Ereignisse, mögen sie Glück, Lust und Förderung oder als drohende Gefahr Leid und Zerstörung bringen können, mit völliger Gleichgültigkeit an sich vorüberziehen - 'tot mit wachen Augen'. Die Kranken sitzen regungslos, unterlassen die Nahrungsaufnahme, so daß sie künstlich ernährt werden müssen.

Von der Apathie zu unterscheiden ist das Fühlen des Nichtfühlens. "Die Kranken klagen, sie könnten keine Freude, keinen Schmerz mehr empfinden. Sie fühlen keine Liebe mehr zu ihren

Angehörigen, alles sei bei ihnen gleichgültig ... Sie fühlen sich öde, leer und tot, haben keine Daseinsfreude mehr. Sie klagen, daß keine innere Anteilnahme, kein Interesse in ihnen sei ... Die Kranken leiden ungeheuer unter dieser subjektiv empfundenen Gefühlsleere. Aber dieselbe Angst, die sie nicht zu fühlen meinen, ist als wirklich vorhanden in körperlichen Symptomen erkennbar. In leichten Fällen klagen sie über Benommenheit der Gefühle, dumpfe Gefühle, fremdartige Gefühle." (Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. Berlin <sup>6</sup> 1953, S. 93)

Lersch geht auf das Phänomen der Gefühlsleere unter dem Stichwort 'Erlebnisleistungsunfähigkeit' ein. Normalerweise ist der Mensch imstande, gefühlsmäßig zu reagieren, von Personen, Dingen und Ereignissen angesprochen zu werden, in ihnen also Wert und Unwert zu erleben. "Auf die Dürftigkeit solchen Erlebens weisen wir hin, wenn wir einen Menschen apathisch, gefühlstumpf, gefühlsarm oder gefühllos nennen. Erlebnisleistungsunfähigkeit (Gefühlsimpotenz) ist meist anlagenmäßig gegeben. Sie kann aber auch im einzelnen Falle durch besondere Lebensschicksale hervorgerufen werden, und zwar durch starke Erschütterungen ..., die eine allgemeine Leere des Werterlebens zur Folge haben ... Das Erlebnis der Gefühlsimpotenz kann zum Beweggrund einer grundsätzlich abwertenden Kritik werden, die im Ressentiment gleichsam Rache an den im Werterleben reicheren und fruchtbareren Naturen nimmt. In diesem Wirkungszusammenhang treten dann oft charakteristischerweise die Haltungen der grundsätzlichen Ironie und des Zynismus auf." (Lersch, Ph.: Aufbau der Person. Mchn. <sup>8</sup> 1962, S. 297 f.)

### Zur Alexithymie

Mit dem Begriff Alexithymie beschreiben die amerikanischen Psychiater Nemiah und Sifneos (Boston) die Besonderheiten des psychischen Geschehens bei psychosomatischen Patienten (Nemiah, J. C. und Sifneos, P. E.: Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Modern trends in Psychosomatic Medicine 2. Hrsq.: Hill, O.W., London 1970, S. 26-34.-Nemiah, J.C. und Sifneos, P.E.: Physiology, emotion and psychosomatic illness. Amsterdam 1972).



Der Begriff verweist auf die charakteristische Unfähigkeit der Patienten, eigene Gefühle wahrzunehmen und angemessen zu beschreiben (a = Fehlen von, Lexis = Wort, thymos = Gefühl). Die Patienten schildern stattdessen zumeist körperliche Sensationen und hypochondrische Details. Es werden solche Einzelphänomene, die ausschließlich auf die augenblickliche äußere Realität ausgerichtet sind (operatorial thinking), hervorgehoben. Auf diesen Akzent hat die Pariser Schule von P. Marty und M. de M'Uzan (*Le pensée opératoire*. *Revue Fr. Psychoanal. Suppl.* 27, 1963, S. 1345-1356) besonders hingewiesen. Der so charakterisierte Typ von psychosomatischen Kranken zeigt eine auffällige Unfähigkeit zum freien Phantasieren; er neigt zum betont operativen Denken (*pensée opératoire*) und zu einem traumlosen 'Konkretismus'. Die Psychosomatiker unterscheiden sich damit erheblich von Neurotikern, die bereit sind, sich über ihr ambivalentes Gefühlsleben auszusprechen. Psychosomatische Patienten fallen häufig durch eine Verarmung des Wortschatzes und die Unfähigkeit, konflikthafte Inhalte zu verbalisieren, auf. Sie sind - auch im Gegensatz zu Neurotikern - an ihre Umwelt stark angepaßt. Sie können sich und ihrer Umwelt jahrelang Zufriedenheit vortäuschen. Sie leben in der Vorstellung, keine Probleme zu haben. Die 'Organsprache' ist für sie der Wecker aus ihrer 'ungestörten Identität' mit der Welt.

Der Ursprung der Alexithymie weist zurück in ein Familienmilieu, in dem gegenüber den 'Realitäten' des Lebens Gefühlsäußerungen keinen Platz hatten. Diese Tendenz kann sich dann in jahrelanger Übung der Überanpassung an gesellschaftliche Normen vertiefen. Stephanos sieht in der Alexithymie die Folge einer frühkindlichen Störung, die sich in Krisensituationen aktualisiert und zu somatischen Komplikationen führen kann (Stephanos, S.: Das Konzept der '*pensée opératoire*' und das psychosomatische Phänomen. In: *Lehrb. d. Psychosomat. Mediz.*, Hrsg.: T. von Uexküll. Mchn. 1979, S. 217-241).

Stephanos weist darauf hin, daß die psychosomatischen Patienten keine neurotischen Mechanismen (Kompensation, Projektion, Identifikation, Rationalisierung usw.) zur Verfügung haben. Ihre biologische Ökonomie ist äußerst brüchig. Grund für diese Reifungsstörung ist die fehlende

adäquate mütterliche Zuwendung (carence des soins maternels). Die Kranken haben ihre Mutter als gutes Objekt nicht internalisiert und keine lösenden Wunscherfüllungen entwickelt. Sie leben ohne die Symbolisierungsfähigkeit in der Verhaftung am Aktuellen und Konkreten. Ihr Erleben und ihr rigides Verhalten wird durch automatistisch-mechanistisches Denken geprägt. Die Kranken wirken apathisch, 'automatisiert', manchmal hektisch und fahrig. Ihr Leben verläuft zwanghaft auf Sparflamme, in starrer phobischer Schonhaltung. In Krisensituationen kann ein massiver Kollaps der Ich-Funktionen ausgelöst werden; es kommt dann zu schwerwiegenden autoimmun-bedingten Dysfunktionen, ja sogar zu lebensbedrohenden somatischen Komplikationen (z. B. zu einem gravierenden status asthmaticus).

### Zur Äußerung und Verbalisierung von Gefühlen

Der Äußerung und Verbalisierung von Gefühlen kommt in der Entwicklung und späteren Lebenspraxis des Menschen eine hohe Bedeutung zu. Wo Menschen früh geliebt werden und in einer Atmosphäre des Zuspruchs und Vertrauens aufwachsen, ergeben sich hier keine Probleme. Das Kind kann dann seine positiven und gelegentlichen negativen Gefühle ausdrücken, somit Wohlbefinden und Mißbehagen signalisieren.

Wo Eltern rigid auf Wohlverhalten des Kindes ausgerichtet sind, versuchen sie dem Kind oft die Gefühle zu 'nehmen' bzw. vorzuschreiben. 'Darüber ist man nicht traurig'. 'Darüber weint man nicht'. 'Du mußt zu Tante X immer freundlich sein' usw. Das Kind übernimmt, d. h. verinnerlicht, die Erwartungen und Forderungen der Eltern. Die Gefühle bleiben, weil sie nicht geschätzt sind, unentwickelt und undifferenziert. Der Mensch schaltet auf 'Ankommen' ein und beachtet nur noch die Reaktionen der anderen; sein Verhalten wird auf Anpassung und Wohlverhalten automatisiert. Solche Menschen können ihre Persönlichkeit nicht voll entwickeln, es mangelt ihnen an gefühlsgetragener Wertungs- und Entscheidungsfähigkeit. Da sie keine Freudefähigkeit aufbauen können, ermangeln sie der sozialen Bindungsfähigkeit. Da sie auch keine Leidensfähigkeit entwickeln, ist Psychotherapie sehr erschwert. Sie leiten - wie wir im Zusammenhang der Erörterung zur Alexithymie gesehen haben - ihre inneren Spannungen automatisch ins Somatische ab.

Wenn ich zwischendurch auf zurückliegende Entstehungsursachen psychischer Schwierigkeiten und Störungen hinweise, so sind diese Hinweise - auch wenn sie noch so plausibel erscheinen - durchaus hypothetisch. Sie befriedigen z. T. unser Erklärungsbedürfnis. Therapeutisch sind diese Rückverweisungen ohne besondere Bedeutung. Es lassen sich allerdings durch diese dem Klienten mitgeteilten Annahmen gelegentlich die therapeutisch initiierten Ablösungs- und Aufbauprozesse beim Klienten in den Verhaltensproben und Rollenspielen deutlicher veranschaulichen und profilieren.

Die meisten Klienten leiden an unproduktiven, selbstschädigenden Sollte- und Müßte-Einstellungen. Diese haben, wie viele unserer Erlebens- und Verhaltensweisen, ihre Wurzeln in den frühkindlichen Beziehungs- und Erfahrungserfahrungen. Die Einstellungen werden in belastenden und kritischen Situationen reaktiviert und in den Selbstgesprächen auf die spezifische Lagebefindlichkeit abgestimmt und einstellungsgemäß in Verhalten realisiert. Jede dieser Verhaltensweisen stützt wiederum die voraufgebaute Einstellung. Therapeutisch von Belang ist der Rekurs vom Verhalten zur Einstellung, also die Aufdeckung und Eliminierung der symptomatischen Stützursachen. Die Besinnung auf die weit zurückliegenden Entstehungsursachen ist im Gegensatz zur Psychoanalyse in der Kognitiven Verhaltenstherapie therapeutisch nicht angezeigt.

Aus den bisherigen Ausführungen wird deutlich, daß die Kognitive Therapie nicht ein System intellektualisierter Rituale ist, das Gefühle und Empfindungen vernachlässigt. Ellis hat dies deutlich gezeigt, indem er von rational-emotiver Therapie spricht.

Therapie soll den Klienten von seinen emotionalen Nöten befreien. Gerade in der Depression kommt es zum Verlust positiver Gefühle, so daß die Klienten das Gefühl haben, keine reale Person zu sein.

Erlebnistherapien (wie z. B. die Primärtherapie) konzentrieren sich allzu einseitig auf die Unterstützung emotionaler Erfahrungen. Sie beachten nicht ausreichend die für eine Therapie entscheidend wichtigen irrationalen und dysfunktionalen Vorstellungen, die den abweichenden Gefühlsreaktionen zugrunde liegen. Äußerung und sog.

Ausagieren 'verdrängter' oder unterdrückter Gefühle ist noch keine erfolgversprechende Therapie. Diese Prozesse können allerdings gelegentlich für eine kognitive Neugestaltung von Bedeutung sein.

Wichtig ist, daß der Klient das Aufkommen seiner dysfunktionalen Gefühle und die sich in ihnen signalisierenden dysfunktionalen Kognitionen zu erkennen vermag. Es ist vor allem Beck, der bei seiner Depressionstherapie darauf hingewiesen hat, daß depressive Klienten oft die Bezeichnung 'Gefühl' verwenden, ohne sich über ihre Gefühlsgrundlage klar zu sein. "Gelegentlich benennt ein Patient eine Reihe von Symptomen, die mit seiner Depression zusammenhängen (z. B. Verlust der Tatkraft, Schlafstörungen, Appetitmangel, negative Einstellungen). Statt über Gefühle der Niedergeschlagenheit, klagt er jedoch über den Verlust und das Nachlassen positiver Empfindungen, z. B. den Verlust der Zuneigung zu seiner Frau, seinen Kindern oder Freunden; fehlende Begeisterung für neue Tätigkeiten; geringe Freude an sonst befriedigenden Beschäftigungen. Dieser Patient fühlt sich vielleicht apathisch, ist sich jedoch seiner Traurigkeit nicht bewußt." (Beck, A. T. u. a.: Kognitive Therapie der Depression. Mchn. 1981, S. 70)

Depressive Klienten unterscheiden oft nicht zwischen Gefühlen und Gedanken bzw. Meinungen. Wenn sie sagen: 'Ich fühle, daß ich wertlos bin', so verbalisieren sie nicht ein Gefühl, sondern ein Werturteil, das mit einem Gefühl assoziiert sein kann. Der Therapeut hat hier die Aufgabe, dem Klienten zu zeigen, daß er einen Gedanken ausdrückt, aber kein Gefühl (Trauer, Ärger, Angst). Oft muß der Therapeut den Klienten erst schrittweise dahin führen, daß er seine Gefühle offenlegt.

Danach kann es dazu kommen, daß ein Klient, der durch die intellektuelle Beschreibung seiner Empfindungen bisher Gefühlsäußerungen zurückhielt, zum Gefühlsausbruch (Zittern und Schluchzen), also einer echten Gefühlserfahrung, kommt. Hier hat dann der Therapeut Gelegenheit, in der anschließend entspannten Situation den Klienten zur Überprüfung und Ergründung seiner Gefühle anzuleiten.



Wie hier, so sind auch starke positive bzw. negative Gefühle des Klienten dem Therapeuten gegenüber, sobald der Therapeut sie erkennt, offen darzulegen, so daß diese Übertragung im Hinblick auf ihre Angemessenheit in der therapeutischen Beziehung geklärt werden kann. Die kognitive Therapie mißt der sog. 'Übertragung' keine besondere Bedeutung bei, da diese Therapie - im Gegensatz zur Psychoanalyse - Zuneigungen und Aversionen des Klienten dem Therapeuten gegenüber als aus gewissen Bedingungen heraus entwickelte echte Gefühlsregungen auffaßt und nicht als eine Wiederbelebung emotionaler Kindheitsbeziehungen zu diesem oder jenem Elternteil.

Die Erlebens- und Verhaltensschwierigkeiten sind für den Klienten aktuell belastend. Um- und Neulernen setzen an den aktual-genetischen Verankerungen - den sog. Stützursachen - an. Wir haben es hier mit Sachverhalten zu tun, die auf die weitere Modalität Erregung und Antrieb verweisen.

##### 5. Erregung und Antrieb

Lazarus hat als letzte Modalität die sog. Medikamentenmodalität herausgestellt. Die Beziehung fällt völlig aus dem Rahmen der anderen Modalitäten heraus. Auf ihren psychologischen Gehalt geprüft, erweist sich die Medikamentenmodalität als Aspekt der Antriebs- und Erregungssteigerung oder -abschwächung. In der Sicht der Aktivierungstherapie kommt der Erregungs-Antriebsmodalität eine besondere Rolle zu.

Antriebe können sowohl kausal als auch final gemeint sein. Im ersten Falle fragt man: Welche inneren oder äußeren Reize verursachen Verhalten? Im zweiten Falle erkundigt man sich mit folgender Frage: Welches Ziel, welche Richtung wird angestrebt? Je nach Fragestellung unterscheiden wir zwischen 'Schub-Theorien' und 'Zug-Theorien' der Motivation. Motive werden danach verstanden als Aktivierung von Energie (Antrieb, Strebung) und als Steuerung dieser Energie hinsichtlich bestimmter Verhaltensmuster und Ziele. Steuerungen sind regulatorische Prozesse, die in Form erworbener kognitiver Strukturen



oder Einstellungen den vorhandenen Aktivitäten Richtung geben und deren Verlauf bestimmen.

"Nach der (heute vorherrschenden) Steuerungs-Theorie 'richtet' sich vorhandene Aktivität darauf, eine augenblickliche Situation, in der sich das Individuum befindet, also den Ist-Wert, einer erwarteten und angestrebten Situation, dem Soll-Wert, anzunähern." (Hauss, K. u. a.: Medizinische Psychologie im Grundriß. Göttingen <sup>2</sup>1981, S. 334) Wir sehen, daß den Erwartungen eine besondere Rolle bei der Motivation zukommt.

Aktivierung und Steuerung von Energie sind vor allem im Zusammenhang mit der Streßproblematik untersucht worden, wobei besonders die neuro-physiologischen Grundlagen zu erörtern sind. Vera F. Birkenbihl hat diese Zusammenhänge anschaulich in einem Taschenbuch (Streß im Griff. Negativen Streß dosieren - positiven Streß bewußt suchen. Goldmann Ratgeber 10620, München 1977) dargestellt.

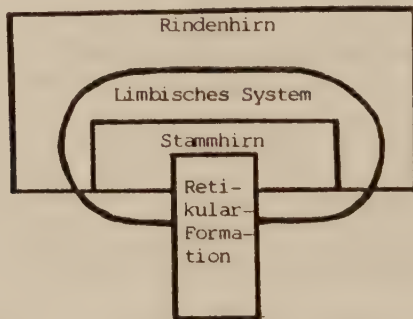
Aus den Forschungen der Biochemie und Neurophysiologie ergibt sich folgende Tatsache: Wenn das Überleben, die eigene Sicherheit gefährdet werden, reagiert zunächst jeder Organismus gleich: Er kämpft um die Erhaltung des Lebens oder flüchtet vor der Gefahr. Gerät er später in eine vergleichbare Belastungs- oder Bedrohungssituation, so versucht er, diese zu vermeiden. Von Streß sprechen wir, wenn die Befriedigung der Grundbedürfnisse nicht gegeben ist.

Wir unterscheiden nach Selye - dem Begründer der Streßforschung - zwei Arten von Streß: den Distreß und den Eustreß. Mit Distreß müssen wir lernen, vernünftig umzugehen. d. h. ihn einzuschränken bzw. zu bewältigen. Wenn uns dies nicht gelingt, entwickeln wir Ärger, depressive Verstimmungen oder Aggressionen bzw. Neurosen und psychosomatische Beschwerden. Eustreß sollten wir aufsuchen oder für uns arrangieren, garantiert er doch Zufriedenheit, Freude und Wohlergehen.

Um die physiologischen Prozesse, die sich bei Streß und Eustreß abspielen, besser zu verstehen, ist ein kleiner Exkurs in die Hirnanatomie und Hirnphysiologie erforderlich: Wir unterscheiden zu-

nächst das Stammhirn, das bereits vor ca. 450 Millionen Jahren existierte. Es enthält u. a. den Kampf- und Fluchtmechanismus. Diesen beim Menschen noch existierenden Gehirnteil bezeichnet man auch als 'Reptiliengehirn'. Das Neuhirn oder das Rindenhirn, auch Kortex genannt, entwickelte sich zur heutigen Form erst vor ca. 1 1/2 Millionen Jahren. In ihm spielen sich u. a. die kognitiven Prozesse ab, weshalb man diesen Gehirnteil auch als Denkhirn bezeichnet.

Zum Stammhirn zählen wir: das verlängerte Mark oder die Medulla oblongata, das Klein-, Mittel- und Zwischenhirn. Das Rindenhirn besteht aus der Großhirnrinde mit ihren beiden Hemisphären und das Rhinencephalon. Zu nennen sind noch die Retikular-Formation, die Klein-, Mittel- und Großhirn beeinflusst, und das limbische System, das ein Randgebiet zwischen alten und neuen Gehirnteilen darstellt; es wird auch als Viszeralhirn bezeichnet.



Es können hier nicht alle Funktionen der Hirnteile aufgezählt werden. Lediglich die Funktionen des limbischen Systems sollen - wegen ihrer Bedeutung für das Streßgeschehen - aufgezeigt werden. Das limbische System ist verantwortlich für die Selbst- und Arterhaltung, die Gemütseregungen, das Kampf- und Fluchtverhalten bei Gefahr und die Gedächtnisspeicherung.

Das limbische System verbindet das Althirn mit dem Neuhirn. Es wirkt auf beide und kann Reize von einem zu anderen (über den Thalamus) weiterleiten. Es wacht gleichsam als Steuermann über folgende Vorgänge:

Retikular-Formation: Atemzentrum, Herzregulation, Vasomotorenzentrum, vegetativ-affektives Verhalten, Weckwirkung auf Kortex, Integration zwischen Kleinhirn, Thalamus und Kortex.

Thalamus: Tast- und Schmerzempfindung, Tiefensensibilität, Temperaturwahrnehmung, Seh- und Riechfunktionen, Extrapyrämidenmotorik, Umkodierung von Signalen, Verbindung zu Kortex.

Hypothalamus: Wasserhaushalt, Körperwärme, Kreislauf, Nahrungsaufnahme. Der Hypothalamus stellt die oberste Befehlsstelle des autonomen Nervenzentrums dar: Sympathikus und Parasympathikus (vgl. Vera F. Birkenbihl, S. 143).

Die auf einen ungewohnten und belastenden Reiz hin erfolgende Kampf- oder Fluchtreaktion, auch als OR (Orientierungs-Reaktion) bezeichnet, führt zu allerlei biochemischen und muskulären Veränderungen im Organismus. Gekürzt und zusammengefaßt beschreibt sie F. Vester (Phänomen Streß. Stuttg. 1976, S. 48 f.):

"Die Wahrnehmung eines negativen Streßreizes aktiviert über bestimmte Hirnbahnen das vegetative Nervensystem, vor allem den Sympathikus sowie die Hirnanhangdrüse, die Hypophyse. Der Sympathikus schließt seine Impulse in das Mark der Nebenniere, die dann die Katecholamine Adrenalin und Noradrenalin in den Blutstrom ausschüttet.

Die Hypophyse produziert selbst ein Hormon (ACTH = Adrenocortico-Tropes-Hormon), welches etwas später über die Blutbahn ebenfalls bei der Nebenniere landet und dort ... in der Rinde zur Ausschüttung von corticoiden Hormonen führt, z. B. Hydrocortison. In kurzer Zeit befinden sich diese Hormone überall im Körper, wo nun durch sie die verschiedenen Wirkungen erzeugt werden:

Der Herzschlag wird beschleunigt - der Puls verstärkt sich - die Muskeln werden besser durchblutet - Fettreserven und Zucker werden mobilisiert - die Geschwindigkeit der Muskelreaktion wird erhöht - und die Blutgerinnung steigt an.

Gleichzeitig werden alle für den Moment der Gefahr nicht nötigen Vorgänge gedrosselt: Fingergelbe und Haut werden schlechter mit Blut versorgt - die Verdauung wird sich selbst überlassen - der Aufbau hochwertiger Stoffe, wie der Proteine wird verhindert - die Sexualfunktionen werden gehemmt - und der Schalter des Denkhirns wird blockiert, damit keine unnötigen Überlegungen angestellt werden."

Das Neuhirn kann man auch als Denkhirn bezeichnen, weil seine wichtigste Funktion das Denken ist. Das Urhirn bezeichnet man auch als Reptiliengehirn, weil seine Funktionen denen des Reptils entsprechen. Das limbische System rechnen wir bei dieser Funktionseinteilung noch zum Reptiliengehirn.

Wir sollten zur Kenntnis nehmen, daß wir im Alltag keineswegs nur vom Denkhirn gesteuert werden. Nicht jeder Aspekt unseres Verhaltens ist von uns gewünscht und vorbedacht. Wichtig ist weiter, zu wissen, daß das Denkhirn nur dann funktionieren kann, wenn die Basisbedürfnisse der alten Hirnteile befriedigt worden sind. Wenn dies nicht der Fall ist, wie z. B. bei Krankheit, Müdigkeit, Gefährdung der inneren Sicherheit, dann verbrauchen wir mehr Energien zur Wiederherstellung des biologischen Gleichgewichts (der Homöostase).

Welches sind nun die Basisbedürfnisse des Urhirns?

Ich gehe hier nicht auf die sonstigen lebensnotwendigen Bedürfnisse, wie z. B. das Bedürfnis nach Sauerstoff, Hungerbedürfnis, Durst-, Bewegungs-, Ruhe- und Schlafbedürfnis, Bedürfnis nach passender Temperatur u. ä. ein.

#### Bedürfnis nach Stimulierung

Wir brauchen ein bestimmtes Maß sensorischer Anregung, einen Strom von Reizen, die von den Sinnesorganen zum Gehirn geleitet und dort analysiert werden. Die Reizzufuhr ist notwendig, damit sich der Körper in bezug auf seine Umwelt ständig orientieren kann. Wenn diese Orientierung unterbrochen wird, so signalisiert das Reptiliengehirn dies sofort durch die Orientierungsreaktion, auch Kampf-, Flucht- oder Streß-Reaktion genannt. Wir geraten in akuten negativen Streß.

Deprivationsexperimente haben gezeigt, daß der Entzug optischer, akustischer und sonstiger Reize den Organismus nach einiger Zeit in Aufruhr bringt. Das kann soweit gehen, daß das Gehirn selbst solche Reize (von innen) erzeugt, anfangs starke Phantasievorstellungen, im Fortgang Halluzinationen und massive Erregungen und Ängste.

## Bedürfnis nach Lust

Jeder Reiz, der im Gehirn eintrifft, hat eine Doppelfunktion: Er ermöglicht zum einen die Orientierungen in Raum und Zeit, und zum anderen durchläuft er gewisse Lust- und Unlustareale im limbischen System. Dort löst er elektrische Erregungen aus, die ihrerseits Gefühle der Lust oder Unlust auslösen.

Die Erregung der Lustareale führt zu Wohlbefinden, Zufriedenheit, Freude. Die Erregung der Unlustareale produziert Angst, Unsicherheit, Hemmungen, Scham, Schuldgefühle, Aggressivität, Schmerz, Trauer und Unwohlsein.

Die Lustareale sind lebenswichtig. Sie sind mit Herzschlag, Atemfunktion und anderen Überlebensfunktionen verbunden. Die Lustareale sind die Grundlage für Lernprozesse. Auf Unlust und Lustempfindungen reagieren wir schnell mit einer angepaßten Reaktion: Weg von der Schmerzquelle - hin zu der Lustquelle. Die gemachte Erfahrung bestimmt auch in Zukunft unser Verhalten: Vorsicht bzw. Vermeidung in der einen, Suchen bzw. Zuwendung in der anderen Richtung. Da die Stimulierung durch die Lustareale lebenswichtig ist, versucht der Organismus, sich solche Stimulierungen zu verschaffen, einmal durch Reizaufnahme aus der Umwelt, zum anderen durch Gedanken und Vorstellungen, die physiologisch wie Sinnesreize wirken.

## Bedürfnis nach Berührung

Der Berührungssinn ist als erste Empfindung schon vor der Geburt vorhanden. Die Bedeutung bleibt das ganze Leben erhalten. Streicheln und Liebkosen sind Bewegungsvorgänge; sie haben eine lebensfördernde Wirkung. Diese Zuwendungen signalisieren Annahme, Zuneigung, Trost und Ermutigung auf elementare Weise. Leider sind in unserer Kultur und Erziehung allerlei Barrieren für diese Begegnungsart - speziell bei Erwachsenen - aufgebaut, so daß wir zumeist alle gehemmt sind und nur noch gelegentlich, wenn der andere sich elend und krank fühlt, Gebrauch von dieser Geste machen: seine Hand nehmen, sie streicheln, unseren Arm auf seine Schulter legen, ihn umarmen.



Wir verstehen jetzt, daß Distreß auf der Nichtbefriedigung vitaler Bedürfnisse bzw. der Stimulierung unserer Unlustareale im limbischen System beruht, Eustreß auf der Befriedigung dieser Bedürfnisse bzw. auf der Stimulierung der Lustareale.

Wenn wir von Streßreaktionen sprechen, meinen wir immer Distreß-Reaktionen. Wir fragen nach den Vorgängen, die in Gang gesetzt werden, wenn das Stammhirn bei Gefahr auf Kampf oder Flucht umschaltet.

Im Stammhirn ist eine Alarmvorrichtung eingebaut. Alles Neue, Unbekannte, noch nie Erlebte kann eine Gefahr für den Organismus darstellen. Sobald eine solche Situation eintritt, wird der Alarm ausgelöst. Sokolow bezeichnet den Mechanismus als Neuheits-Entdeckungs-Mechanismus (NEM). Signale dieser Art lösen automatisch die Streßreaktion aus. Da diese Reaktion auch der sofortigen Orientierung dient, bezeichnet man sie auch als Orientierungsreaktion (OR) (Sokolow, E.N.: Neuronal models and the orienting reflex -OR-. In: Brazier, M. -Ed.-: The central nervous system and behavior. NY 1960).

Mit der Orientierungsreaktion verbunden sind die Erhöhung des Herzschlags, der Pulsfrequenz, des Atems, Veränderung der Blutzusammensetzung usw. Durch die Alarmreaktion kommt es zur sofortigen Ausschüttung von Hormonen aus der Nebenniere (z. B. Adrenalin), wodurch dem Organismus sehr schnell Extraenergien zur Verfügung gestellt werden. Wir geraten in einen Zustand gespannter Wachsamkeit.

Das sogenannte autonome Nervensystem besteht aus zwei zusammenarbeitenden Untersystemen: dem Parasympathikus, der den Organismus auf Ruhe und Entspannung der vegetativen Funktionen schaltet, und dem Sympathikus, der bei Alarm die Vorgänge des Parasympathikus und des Denkhirns blockiert und den Organismus auf Aktionsbereitschaft (zu Kampf oder Flucht) schaltet.

Auf neue, ungewohnte Situationen reagieren wir - wie schon ausgeführt - mit Erregung und Aktivität in Richtung Kampf oder Flucht. Nun zeigt sich aber, daß uns dabei oft das Stammhirn unnötig mobilisiert hat, sind doch viele neue und ungewohnte Situationen keineswegs mehr - wie in den alten Zeiten beim Le-

ben in natürlicher Umwelt - gefährlich. Auf diese Weise lernen wir im allgemeinen, uns unserer Welt anzupassen, auf Neues und Ungewohntes gelassener zu reagieren. Dies gelingt aber den einzelnen sehr unterschiedlich.

Unser Verhalten führt zu gewissen Reaktionsbereitschaften bzw. Gewohnheiten. Es werden durch die Wiederkehr gleicher Reaktionen bevorzugte Verhaltensmuster oder - neurophysiologisch gesehen - bevorzugte Nervenbahnen im Gehirn etabliert. Sie sind die Programme, die unser Verhalten bestimmen. Auch die mit ihnen verbundenen Einstellungen sind gelernte Reaktionen.

Die Klienten sind oft auf Angst und Unsicherheit, auf Vermeidungs- und Rückzugsverhalten und gelegentlich auch auf Impulsivität und Aggressivität programmiert. Wir sprechen von negativen oder selbstschädigenden Programmen. Diese folgen in ihrem Verhalten vorzugsweise den Bahnen zu den Unlustarealen im limbischen System.

Jede Distreß-Reaktion kostet Kraft. Es werden dem Organismus wichtige Energien entzogen, so daß er nicht mehr klar und überlegt denken und handeln kann. Die meisten Menschen erleben viel Streß nicht in erster Linie durch äußere Umstände, sondern durch ihre Lebenseinstellungen, irrationalen Überzeugungen, Übertreibungen usw.

Wir haben bisher nur von den vitalen Grundbedürfnissen - Stimulierung, Lust und Berührung - gesprochen. Diese Bedürfnisse haben wir mit vielen Tieren gemeinsam. Nun gibt es aber noch weitere typisch menschliche, wir können auch sagen, existentielle Bedürfnisse: Bedürfnisse nach Sicherheit und Geborgenheit, nach Beistand und Zugehörigkeit zur Gruppe, nach Beachtung, Anerkennung und Selbstachtung, nach Sinn und Selbstverwirklichung. Ich will auf diese von Maslow herausgestellten Bedürfnisse nicht näher eingehen. Es soll nur festgehalten werden, daß ein Defizit auch dieser Bedürfnisbefriedigung zur Frustration und zum Streß führen kann.

Da Frustration und Streß dazu führen, daß die Betroffenen zu viel Energie verbrauchen, um das Leben zu meistern, ist es wichtig, nach Wegen zu suchen, wie wir Frustration und Streß vermeiden bzw. bewältigen können.

In der Therapie stehen vier Wege im Vordergrund: das Lernen von Entspannung, der Abbau selbstschädigender Einstellungen und Vorstellungen, die Einübung in selbstsicheres Verhalten und das Lernen spezieller Bewältigungsfähigkeiten.

#### 6. Wünschen und Wollen

"Der Wille scheint ein Stiefkind zu sein. In den Regalen der Fachbibliotheken finden Sie Reihen über Reihen mit Büchern über kognitive Prozesse und über Emotionen, doch so gut wie gar nichts über den Willen."

Taylor, G.R.: Geburt des Geistes.  
Irkf. 1982, S. 40

Es ist schwer zu verstehen, daß in den neueren westlichen Persönlichkeits- und Therapie-theorien der voluntaristische Aspekt menschlichen Erlebens übersehen wird. Wie das anfangs dargestellte Schema zeigt, entspricht das Wünschen und Wollen im Bereich der Aktionsfunktionen dem Imaginieren und Vorstellen der Informationsfunktionen.

Wenn sich auch Wünschen und Wollen in den Imaginationen und Vorstellungen, die hier allerdings in der Form von Antizipationen auftreten, zeigen, so hebt doch die Tendenz zur Verwirklichung (im Aktionsbereich) das Wünschen und Wollen von den anderen Funktionen ab.

Wir sollten bei der Aufzählung von Grundfunktionen den bewußten Steuerungsaspekt beachten. Wir nehmen an, daß im Gehirn ein übergeordnetes Steuerungs- und Kontrollsystem existiert, das 'Ich' als Zentrale der bewußten Vorgänge und Veranstaltungen. Wir wissen heute, daß der Wille physikalisch wirksam wird. "Die neurophysiologische Hypothese ist daher die, daß der 'Wille' die Raum-Zeit-Aktivität des Neuronen-netzwerkes modifiziert, indem es räumlich-zeitliche 'Kraftfelder' anwendet, die durch die einzigartige Detektorfunktion der aktiven Gehirnrinde wirksam werden." (Eccles, J.C.: Wahrheit und Wirklichkeit - Mensch und Wissenschaft. Berlin, Heidelberg, New York 1975, S. 172)

Während die neueren neurophysiologischen Forschungen uns immer deutlicher Hinweise für die Macht des Bewußtseins, des Denkens und Wollens geben, wird in der gegenwärtigen Psychologie - wie schon angedeutet - der willentliche Kontroll- und Steuerungsaspekt noch nicht recht zur Kenntnis genommen. Lediglich die sowjetischen Psychologen räumen ihm im Gesamt der psychischen Funktionen eine gebührende Beachtung ein. Ich verweise auf das Kapitel 'Wille' in Rubinsteins Allgemeiner Psychologie (Rubinstein, S.L.: Grundlagen der Allgemeinen Psychologie. Bln. 1968, S. 628-661).

Willenshandlungen sind zielgerichtete Handlungen. Der Mensch gibt sich dabei Rechenschaft über die Folgen, die die Verwirklichung seiner Ziele nach sich zieht und auch über die Motive, die ihn zum Handeln veranlassen. Der Willensprozeß steht in enger Wechselwirkung zu intellektuellen und emotionalen Prozessen. Er ist wie diese auf Handeln bezogen. Die Objekte menschlicher Wünsche werden zu möglichen Zielen seiner Handlungen.

"Die Willenshandlung, die von den Antrieben ausgeht, richtet sich auf ein bewußtgewordenes Ziel. für das richtige Verständnis der Willenshandlung ist es wichtig, sich die weitere Beziehung zwischen Antrieben und Ziel klarzumachen ... Das bewußtgewordene Ziel ist zweifellos

für die Willenshandlung wesentlich; es muß ihren ganzen Verlauf bestimmen. Aber das Ziel, das den Willensprozeß determiniert, wird selbst durch Antriebe und Motive determiniert, die die Widerspiegelung der Bedürfnisse, Interessen usw. in der Psyche sind. Die Aufstellung eines Ziels ist immer mit entsprechenden Antrieben verbunden, durch die ein bestimmter Gegenstand oder ein mögliches Resultat zum Ziel des Handelns werden ... Die Freiheit des Willensaktes, die sich in seiner Unabhängigkeit von den Impulsen aus der unmittelbaren Situation ausdrückt, bedeutet, daß das Verhalten des Menschen nicht direkt durch seine unmittelbare Umgebung determiniert ist ... Dadurch werden seine Handlungen nun nicht mehr unmittelbar durch seine Triebe, als natürliche Kräfte, bestimmt, sondern durch das Subjekt selbst. Die Entstehung des Willens ist damit untrennbar - als Seite oder Komponente - mit dem Werden des Individuums zu einem sich selbst bestimmenden Subjekt verbunden, das frei - willkürlich - sein Verhalten bestimmt und dafür einsteht." (Rubinstein, S. 630 ff.)

Wenn uns Ziele bewußt werden, auf die sich unsere Antriebe richten, geht das Streben in Wünschen über. Zum Wünschen gehört also das Aufstellen eines Zieles. Mit dem Wünschen ist noch nicht die Reflexion auf die Erreichbarkeit der Ziele und die Mittel zum Erreichen der Ziele verbunden. Dies tritt dann ein, wenn das Wünschen in Wollen übergeht.

In der Therapie, die den Klienten zur aktiven Lebensführung anleiten und befähigen soll, ist es wichtig, daß dieser zunächst lernt, seine Wünsche deutlich zu artikulieren. Wir wissen aus der Lernpsychologie, daß die Herausstellung der Lernziele und die Ausrichtung des Lernenden auf sie eine wichtige Komponente produktiven Lernens ist.

Rubinstein stellt am Schluß seiner Ausführungen zur Willensständigkeit noch die verschiedenen Willensqualitäten der Persönlichkeit heraus: 1. Fähigkeit zur Initiative. Sie zeigt sich darin, daß das Individuum, ohne auf einen Anreiz von außen zu warten, aus eigenem Antrieb den ersten Schritt zur Verwirklichung des Zieles tut. Wichtig ist, und darauf wird noch eingegangen, daß das Individuum von vornherein auf Aktivität eingestellt ist. Ein mittlerer Aktivationsgrad ist eine unerläßliche Bedingung für Willensentscheidungen und -handlungen. 2. Selbständigkeit und Unabhängigkeit. Wer sich anderen unterwirft oder leicht von anderen beeinflußt wird,



wird sich schwer zu einer vollkomponierten Willenshandlung entschließen können. Selbständigkeit des Willens setzt bewußtes Motiviert- und Begründetsein voraus. 3. Entschlossenheit. Diese Fähigkeit kommt in der Schnelligkeit und Sicherheit von Entscheidungen, aber auch in der Beharrlichkeit, mit der an ihnen festgehalten wird, sowie dem Widerstand gegen Schwankungen zum Ausdruck. Je nach dem Anteil von Impulsivität und Intellekt unterscheiden wir zwei Spielarten der Entschlossenheit: impulsiver bzw. bedacht-samer Typ. 4. Energie. In das Handeln kann verschieden stark konzentrierte Kraft gelegt werden. Wichtig ist dabei auch die Beharrlichkeit, mit der man einen gefaßten Entschluß zur Ausführung bringt. 5. Selbstkontrolle, Ausdauer und Selbstbeherrschung. Diese Eigenschaften sind wichtig, da man bei der Erreichung eines Ziels nicht nur auf äußere Hindernisse, sondern auch auf innere Schwierigkeiten und Widerstände stößt, die es zu überwinden gilt.

Wie schon angedeutet, sind die Wünsche Vorboten und Vorreiter von Willenshandlungen. Darüber hinaus scheinen Wunsch und Imagination die Stärke der Willenskraft entscheidend - gleichsam vom motivationalen Grund her - zu fördern.

Neuerdings haben Arieti und Bemporad dem voluntativen Aspekt eine zentrale Rolle bei der Entstehung der Depression zugesprochen (vgl. Arieti, S. u. Bemporad, J.: Depression. Stuttg. 1983). Die Autoren bezeichnen ihr Erklärungs- und Therapiemodell der Depression als 'kognitiv-voluntional'. Die Emotionen sind eng mit Kognitionen, Motivationen und Verhalten verbunden. Furcht und Wut fühlen wir ohne besonderen kognitiven Aufwand. Anders ist es bei Trauer und Depression. Um sie empfinden zu können, sind komplexe kognitive Fähigkeiten erforderlich: Sprache, Bewertung des eigenen Selbst und geistige Verfügung über Gestern, Heute und Morgen. Trauerarbeit - die kognitiv-voluntionale Auseinandersetzung mit einer verlorenen Wirklichkeit - hat Überlebenswert. Ihr pathologisches Gegenstück ist die Depression. Sie ist durch die Unfähigkeit, Trauerarbeit zu leisten, gekennzeichnet. Der depressive Klient verfügt nicht mehr über die kognitiv-motivationalen Verarbeitungskräfte; er vermag sich nicht mehr mit der verlorenen Wirklichkeit produktiv auseinanderzusetzen.

## 7. Verhalten und Interaktion

Wie aus dem Schema der Modalitäten und ihrer Reihenfolge zu entnehmen ist, münden alle Modalitäten in den Aktionsbereich. Bevorzugte Modalitäten sind die Kognitionen und Auffassungen, die Gefühle und die Verhaltensweisen und Interaktionen. Mit Recht weist Lazarus darauf hin, daß wir diagnostisch und therapeutisch alle angeführten Modalitäten beachten sollten.

Die Hauptstütze der Verhaltens-Interaktions-Modalität ist "die Erkenntnis, daß man zum Überleben in jeder Gesellschaft verschiedene Durchsetzungsstrategien benötigt ... Der Begriff Verhalten bezieht sich in diesem Zusammenhang auf ein Kontinuum von Handlungen, das bei einfachen motorischen Fertigkeiten beginnt (sich pflegen, spazierengehen, essen, lächeln) und sich über komplexere Reaktionen (Gitarre spielen, zeichnen, eine Fremdsprache sprechen, Puzzlespiele lösen) bis zu ... zahlreichen beruflichen Fertigkeiten hinzieht (von der Chirurgie bis zum Brückenbau)." (Lazarus, S. 60)

Die Interaktion (nach Lazarus die interpersonale Modalität) kann "als eine Erweiterung der Verhaltens-Modalität angesehen werden." (Lazarus, S. 62)

In der Therapie spielen nicht nur die subjektiven Prozesse des Klienten eine Rolle, sondern auch dessen Beziehungen zu anderen Menschen. Da Psychotherapie ein Verfahren ist, das in einer Beziehung abläuft, scheint es geboten, den Beziehungsaspekt - die Kommunikationsmuster - des Klienten sowohl in der Diagnose als auch Therapie besonders zu beachten.

Gegenüber den mentalistischen Begriffen wie Angst, Unsicherheit, Vertrauen, Aufrichtigkeit zeigt sich Beziehung im Verhalten. Symptom sind in interaktionspsychologischer Sicht Formen des Umgangs mit anderen. Abweichendes Verhalten gruppiert sich um die Extreme jeweils einer Dimension: "Personen, die keinen Türgriff berühren können und als phobisch bezeichnet werden, sind mit jenen vergleichbar, die eine Klinke sechsmal berühren müssen, bevor sie sie niederdrücken, und die als zwanghaft gelten. Manche Menschen können ihre Wohnung

nicht verlassen, andere können nicht zuhause bleiben, sondern müssen ständig unterwegs sein." (Haley, J.: Gemeinsamer Nenner Interaktion. Strategien der Psychotherapie. Leben lernen 34, Mchn. 1978, S. 17) Diese abweichenden Verhaltensweisen beeinflussen (fast immer) auch die Beziehungen zu anderen.

Die mehr intrapsychisch orientierten Psychotherapien beabsichtigen, eine Veränderung des Klienten durch Einsicht und kognitive Umstrukturierung zu erreichen. In diesem Sinne sind auch die kognitiven Therapien m. E. zu stark intrapsychisch orientiert, auch wenn sie den Verhaltensaspekt - die Verhaltenseinübung - stark betonen. Die kommunikationspsychologisch orientierten Psychotherapien beabsichtigen, eine Veränderung des Klienten durch eine Änderung der pathogenen Kommunikationsmuster zu erreichen. Sie sind der Ansicht, daß Fehlverhalten - die Symptome - kommunikationsdynamische Ursachen und Wirkungen haben.

In kommunikationspsychologischer Sicht ist ein Symptom, z.B. Angstverhalten, eine Art des Umgehens mit anderen Menschen, vielleicht der Versuch, sich von ihnen zurückzuziehen oder sie zu Beistandshandlungen zu zwingen. Symptom kann nur sein, was extreme Auswirkungen auf andere hat, und dabei muß der Symptomträger zu erkennen geben, daß er sich nicht anders verhalten kann. Symptome kreisen immer um zwei Pole: entweder Inaktivität, Vermeidungs- und Rückzugsverhalten oder Überaktivität, Aggressions- und Zwangsverhalten.

Das symptomatische Verhalten ist kommunikationspsychologisch widersprüchlich. Es enthält zwei unvereinbare Mitteilungen. Der Klient zeigt das Symptomverhalten (tut etwas Extremes oder vermeidet etwas Normales); zugleich signalisiert er, daß er das tut oder nicht tut, weil er nicht anders kann.

Wir wollen wissen, wie ein Symptom aufrechterhalten wird und wie eine Veränderung herbeigeführt werden kann. Wir sollten erkennen, daß von zwei Seiten das Symptomverhalten festgehalten wird: einmal vom Symptomträger, der zumeist explizit die Verantwortung für sein abweichendes Verhalten leugnet (Ich kann nichts dazu und dazu tun.), zum anderen durch den Einfluß der Bezugspersonen, die sich durch

das Symptomverhalten vom Klienten beeinflussen und zu einem bestimmten Verhalten herausfordern bzw. zwingen lassen.

Um also ein Verhalten zu ändern, muß der Klient lernen, sein Symptomverhalten neu zu klassifizieren, indem er es als veränderbar ansieht. Die Bezugspersonen müssen ihr Verhalten dem Klienten gegenüber auch modifizieren, d. h. sie müssen sich seiner symptomorientierten Manipulation entziehen.

Wichtig ist der interaktionale Aspekt auch noch von einer anderen Sicht her:

Die Symptome eines Klienten werden einmal durch die Art und Weise seines Verhaltens aufrechterhalten, zum anderen aber auch durch den Einfluß anderer Bezugspersonen. Bemühungen des Therapeuten, den Klienten über Einsicht und Verhaltensübungen zur Änderung zu veranlassen, können - wie wir aus der Ehepartner-Therapie wissen - vom signifikanten anderen sabotiert werden. Besteht jedoch zum Klienten und zu seinem Partner therapeutisches Einverständnis, dann kann der therapeutische Prozeß besonders gut verlaufen.

Es soll jetzt die Beziehung selbst unter die Lupe genommen werden. Dabei wird sich zeigen, daß die Hauptprobleme der Beziehung und damit auch des symptomatischen Verhaltens des einen und/oder des anderen Partners in einer besonderen Konstruktion der Beziehung wurzeln. Die Struktur einer Beziehung ist komplizierter als man im allgemeinen annimmt. Es ist deshalb sinnvoll und wichtig für den Klienten und den Therapeuten zu wissen bzw. zu erkunden, was sich in einer Beziehung abspielt.

Menschen, die zusammenkommen oder zusammenleben, in Beziehung treten oder stehen, können sich zueinander in sehr verschiedener Weise verhalten. Sie können sich bemühen, einander zu verstehen, zu lieben partnerschaftlich umzugehen, sich gegenseitig zu helfen; sie können sich aber auch in Machtkämpfe einlassen, versuchen, den anderen zu dominieren und zu unterdrücken. Sie können gegenüber dem anderen ihre Wertschätzung oder Verachtung ausdrücken, Komplimente oder Beleidigungen austauschen. Durch ihr Verhalten definieren sie die Beziehung



sie legen fest, welche Art des Kommunikationsverhaltens zwischen ihnen herrscht bzw. herrschen soll. Jede Botschaft, die sie untereinander austauschen, stützt die Akzente bzw. wirkt auf eine Verschiebung hin, durch die Botschaften anderer Art möglich werden.

"Die Beziehung wird also durch das Vorhandensein oder Fehlen von Botschaften, welche die Partner untereinander austauschen, wechselseitig definiert. Wenn ein junger Mann seinen Arm um eine Frau legt, signalisiert er damit, daß er Liebesbezeugungen zu einem Bestandteil der Beziehung machen möchte. Wehrt die Partnerin ab 'nein, nein', und entzieht sich ihm, so gibt sie damit zu verstehen, daß Liebesbezeugungen keine Rolle in der Beziehung spielen sollten. Die Beschaffenheit der Beziehung, ob sexuell oder platonisch, wird definiert durch den Charakter der Botschaften, über deren Zuverlässigkeit die Partner Übereinstimmung erzielen ... Die Menschen kommunizieren jedoch nicht bloß, sie kommunizieren auch über diese Kommunikation. Sie sagen nicht nur etwas, sondern qualifizieren oder etikettieren das Gesagte auch. Im obigen Beispiel sagte die Frau 'nein, nein' und zieht sich gleichzeitig von dem Mann zurück. Ihre physische Abwendung qualifiziert ihre verbale Äußerung und wird ihrerseits durch diese qualifiziert. Da die Qualifizierung ihrer Botschaft die Botschaft bekräftigt, bietet dieses Beispiel keine besonderen Schwierigkeiten ... Aber nehmen wir an; sie hätte 'nein, nein' gesagt und wäre gleichzeitig näher an den Mann herangerückt. Durch das Näherkommen hätte sie ihre Aussage 'nein, nein' inkongruent qualifiziert bzw. gezeugnet. Wenn eine inkongruent qualifizierte Botschaft auftritt, dann hat man es mit einer komplexeren Situation zu tun als jene, die lediglich durch das Vorhandensein oder Fehlen von Botschaften gekennzeichnet ist." (Haley, S. 18 f.)

Wir erkennen an diesem Beispiel, daß jede Botschaft qualifiziert wird. Kommunikation erfordert Metakommunikation. "Keine zwischen zwei Menschen ausgetauschte Botschaft existiert getrennt von den übrigen Botschaften, die sie begleiten und kommentieren." (Haley, S. 19) Wir können ein und dieselbe verbale Botschaft verschieden qualifizieren, durch den Tonfall, durch Körperbewegungen, d. h. Mimik, Gesten und Gebärden. Die kommentierenden Botschaften können die ursprüngliche Botschaft einschränken und abschwächen, aufladen und bekräftigen, ja in ihr Gegenteil verkehren. So kann man einem anderen einen Ratschlag geben, dabei diesen aber durch eine unterwürfige Geste und leise Stimme einschränken, oder man kann jemand seiner Zuneigung versichern, dabei aber eine überlegene oder abweisende Geste vollziehen und damit ausdrücken, daß man ihn doch



nicht als Partner anerkennt. "Im Umgang mit Menschen neigen wir dazu, unser Urteil darüber, ob sie aufrichtig oder falsch sind, ob sie es ernst meinen oder scherzen usw., davon abhängig zu machen, wie sie ihre Worte qualifizieren. Auch ihre Aussagen über die Beziehung beurteilen wir nicht nur nach ihren Worten, sondern auch nach der Art und Weise, in der sie sie vorbringen." (Haley, S. 20)

In einer Beziehung geht es nicht nur darum, welches Verhalten zwischen den Partnern stattfinden soll, sondern auch darum, wie dieses Verhalten qualifiziert oder gekennzeichnet werden soll. Die junge Frau in unserem Beispiel hat die spontane Botschaft des Mannes zurückgewiesen. Damit hat sie die Beziehung definiert. Sie hätte die Botschaft auch mit Einschränkung akzeptieren können, indem sie ihm gestattet, seinen Arm um sie zu legen. Bei der Ablehnung und bei der Duldung behält sie die Kontrolle über den Charakter der Beziehung, die sie zueinander haben. Damit wird ein wichtiger Aspekt der Beziehung angedeutet. Es geht bei jeder Beziehung einmal darum, welche Botschaften und Verhaltensweisen die Beziehung kennzeichnen sollen; zum anderen darum, wer die Beziehung in ihrer Qualität bestimmt und damit die Kontrolle über die Definition der Beziehung hat. In einer Beziehung ist jeder Partner ständig damit beschäftigt, sein Beziehungen selbst zu definieren oder die Definition des anderen zu kontern. Mit diesem Problem hat sich jeder Partner auseinanderzusetzen. Die zwischenmenschlichen Beziehungen können nach der Art und Weise, wie die Partner diese Probleme lösen, klassifiziert werden. Botschaften sind damit nicht nur Berichte, sondern stets auch Einflußnahmen und Befehle.

Wenn ein Klient zum Therapeuten sagt, er könne sich nicht entscheiden, der Therapeut solle ihm sagen, was er tun soll, dann fordert er den Therapeuten auf, etwas für ihn zu tun. Der Klient beabsichtigt damit, die Kontrolle über die Beziehung zu erhalten. Geht der Therapeut darauf ein, dann ist die Therapie zumeist zum Scheitern verurteilt.

"Man kann sich hilflos benehmen und dennoch kontrollieren, welches Verhalten in der Beziehung praktiziert werden soll; man kann sich autoritär verhalten und dadurch erzwingen, daß sich der andere in

eingeeingter Weise verhält. Hilfloses Verhalten kann das Verhalten des Partners ebenso stark, wenn nicht noch stärker, beeinflussen als autoritäres Verhalten. Durch hilfloses Verhalten kann man den anderen zwingen, sich um einen zu kümmern." (Haley, S. 22 f.)

Durch die Produktion symptomatischen Verhaltens kann der Klient eine Beziehung strukturieren und die Kontrolle über die Beziehung erreichen. Auch wenn der Klient unter starkem Mißbehagen leidet, so erscheint ihm doch das von ihm geregelte Zusammenleben, die Beziehung, über die er Kontrolle hat, wichtiger zu sein. Diese Konstellation beschreibt das, was man in der Psychoanalyse als Widerstand bezeichnet. Da der Partner in einer solchen Beziehung mehr oder weniger offen Kollaborateur des symptomatischen Verhaltens ist, kann Therapie nur gelingen, wenn beide ein neues Beziehungsmuster aufbauen.

Wir versuchen alle, die Kontrolle über eine eingehende oder eingegangene Beziehung zu erreichen. Pathologisch wird diese Bemühung erst dann, wenn der Klient danach trachtet, sich diese Kontrolle zu sichern und dies in speziellen 'Manövern' gleichzeitig zu leugnen.

In sich stabilisierenden Beziehungen haben beide Partner einen Konsens darüber erreicht, wer die Kontrolle über welchen Bereich der Beziehung innehaben soll. Die Abmachung kann sich verändern. Wichtig ist, daß sich die Partner offen über Kontrolle und Kontrollbereiche verständigen.

Ein Manöver liegt vor, wenn ein Partner seinen Kontrollwunsch durch ein selbstproduziertes Leiden zu erreichen versucht.

"Die Ehefrau zwingt ... beispielsweise ihren Mann, den Haushalt zu führen, aber ohne dies offen zuzugeben. Vielleicht leidet sie an unerklärlichen Schwindelgefühlen, oder sie ist gegen Seife allergisch, oder sie hat verschiedene Beschwerden, die sie zwingen, sich regelmäßig niederzulegen. Diese Frau schränkt den Verhaltensspielraum ihres Mannes ein, leugnet aber gleichzeitig, daß sie das tut; schließlich kann sie ja nichts für ihre Schwindelanfälle. Wenn ein Mensch das Verhalten eines anderen einschränkt und dies gleichzeitig bestreitet, dann entsteht eine merkwürdige Beziehung. Wenn eine Frau beispielsweise von ihrem Mann verlangt, daß er jeden Abend zu Hause verbringt, weil sie Angstzustände bekommt, wenn sie allein ist, kann er nicht behaupten, daß sie sein Verhalten bestimme,

denn sie ist ja nicht schuld, daß er zu Hause sein muß - Ihre Angst ist schuld, und dafür kann sie nichts. Aus demselben Grund kann er es auch nicht ablehnen, sie über sein Verhalten entscheiden zu lassen. Wenn ein Mensch zwei einander widersprechende Anweisungen erhält, die eine Reaktion erfordern, kann er sich aus der Affäre ziehen, daß er keine Anweisungen befolgt. Eine Kommunikationssequenz, wie die hier beschriebene, bezeichnet man als Paradox." (Haley, S. 30)

In paradoxer Beziehung gibt man zwei Botschaften: einen Befehl, etwas zu tun, und auf anderer Ebene einen Befehl, diesen Befehl zu mißachten. Der Betreffende kommt dadurch in ein Dilemma: Er kann die Anweisung weder befolgen noch nicht befolgen. Die Anweisung wird hier in inkongruenter Weise durch eine andere (auf einer anderen Klassifikationsebene) qualifiziert. Hier liegt ein Widerspruch vor, etwa wenn man einander sagt: 'Tu dies' und 'Tu das nicht'. Es ist ein Konflikt auf verschiedenen Ebenen. Offenkundig ist dies etwa dann, wenn einer dem anderen befiehlt, spontan zu sein, da man einen Befehl nicht spontan befolgen kann. In Beziehungen gewinnt immer der, der paradoxe Anweisungen erteilt. Der andere kann die Beziehung nicht definieren, indem er die Anweisung befolgt oder sich weigert, sie zu befolgen, da er aufgefordert wird, beides zugleich zu tun.

"Der große Nachteil paradoxer Beziehungen ist, daß die Person, die mit Paradoxien arbeitet, zwar die Kontrolle über einen bestimmten Verhaltensbereich erlangt, aber gleichzeitig den anderen veranlaßt, auf ähnliche Weise zu reagieren, und daher die Konfliktbeziehung perpetuiert. Der Mann, der jeden Abend bei seiner angstneurotischen Frau bleiben muß, wird seine Anwesenheit durch den Hinweis einschränken, daß er das nicht um ihrerwillen oder aus freien Stücken tut, sondern daß ihr Zustand ihn dazu zwingt. Seine Frau erfährt nie definitiv, ob er bei ihr bleiben will oder nicht. Sie kann auch nicht sicher sein, ob sie in diesem Bereich die Kontrolle über die Beziehung hat. Sie erhält nur die Reaktionen, die sie ihm vorschreibt; ein Verhalten, das durch die Leugnung entwertet wird, daß dieses Verhalten freiwillig gewählt wurde. Solange die Frau sich symptomatisch verhält, kann sie nie mit Sicherheit wissen, ob ihr Mann bei ihr sein will oder auch freiwillig zu Hause bleiben würde.

Und weil sie diese Gewißheit nicht hat, über-

nimmt sie nicht die Verantwortung, ihn zu bitten, ihr zuliebe zu Hause zu bleiben, sondern fährt fort, ihn zu bitten, dies um ihrer Angst willen zu tun - damit ist die Perpetuierung des Symptoms gewährleistet." (Haley, S. 32)

Wir erkennen daraus, daß es wichtig ist, die Klienten dahin zu bringen, daß sie in einer Beziehung die Verantwortung für das eigene Verhalten übernehmen. Zugleich muß der Therapeut wissen, daß er sich durch den Klienten nicht die Kontrolle seines Verhaltens und die Kontrolle über die Beziehung abnehmen läßt.

Kehren wir nach der Erörterung des zentralen Interaktionsaspekts wieder zu der therapierelevanten Verhaltensmodalität zurück.

Für die Diagnose und Therapie ist die Erfassung der gegenwärtigen Beschwerden und der damit verbundenen Verhaltensweisen wichtig. Dabei sollten die Vorläufer bzw. Auslöser des Symptomverhaltens und dessen Konsequenzen genauer erkundet werden. Dazu hat der Klient eine Grundkurve dieser Verhaltensweisen zu erstellen. Sie ist wichtig für die Abschätzung der Ernsthaftigkeit des Problems. Der Klient hat über die Verhaltensweisen, die zu ändern sind, Buch zu führen. Dabei sollen die Häufigkeit, Intensität und Dauer der Verhaltensweisen registriert werden.

Fragen, die an den Klienten gestellt werden sollen, sind:

Wann haben Sie sich zum erstenmal auf diese Weise verhalten?

Was geschah zu diesem Zeitpunkt?

Wie haben Sie die Sache angefaßt?

Wer war dabei?

Wo sind Sie von dort aus hingegangen?

Aufschlußreich ist zumeist noch die Frage nach dem Gegenteil:

Wann haben Sie nicht so gehandelt?

...

Danach sind in der Therapie Verhaltensübungen durchzuführen, wobei der Therapeut als Modell für ein effektives Reaktionsmuster aufzutreten hat. In den meisten Fällen stehen Übungen zum Training selbstsicheren Verhaltens im Mittelpunkt.



## B. Die pädagogischen Implikationen

Sich wiederholende und über längere Zeit erstreckende Versagungen elementarer Persönlichkeitsbedürfnisse (Beachtung, Anerkennung, Liebeszuwendung) bewirken, daß ein Kind in seiner emotionalen Vertrauensbasis irritiert wird. Es wird in Zukunft je nach seiner Vitalität ängstlich mit Vermeidungs- und Rückzugsverhalten oder/und aggressiv mit Stör- und Feindseligkeitsverhalten reagieren. Es sind für solche Fehlentwicklungen zumeist nicht einzelne Beeinträchtigungs- und 'Verletzungs'-Erlebnisse (sogenannte Traumata), sondern in erster Linie chronische Leidenserfahrungen verantwortlich. Das Kind wird emotional labilisiert, es wird erhöht ängstlich und unsicher. Es ist durch Ängste und Hemmungen belastet, die eine erfolgreiche Anpassung an neue Situationen verhindern.

In der Lebensgeschichte der Klienten wird oft auf belastende Kindheitserlebnisse, wie häufiger Streit der Eltern, dominierender und 'ein strenges Regiment führender' Vater, überbeschützende Mutter, inkonsequente Erziehung, hingewiesen. Bei solchen Konstellationen kann das Kind bestimmte unproduktive Reaktionsmuster und Verhaltensgewohnheiten - gleichsam Erlebnis- und Verhaltensstile - entwickeln, die es in seiner weiteren Auseinandersetzung mit der Welt und ihren Anforderungen beeinträchtigen. Dem abweichenden Verhalten und Erleben liegt dann das sogenannte LAU-Syndrom zugrunde (emotionale Labilität, erhöhte Angstbereitschaft und Unsicherheit), das wir später als Grundstörung bei den Klienten der Therapie feststellen.

Nach neueren Untersuchungen sind für das abweichende Erleben und Verhalten Erwachsener nicht in erster Linie die frühkindlichen negativen Erfahrungen schuld. "Praktisch alle Langzeitstudien der menschlichen Entwicklung enthalten deutliche Hinweise darauf, daß sich die Charaktereigenschaften des Erwachsenen im Durchschnitt eher aus Einflüssen erklären lassen, die die spätere Kindheit, die Pubertät und Adoleszenz betreffen, während gerade der klein-

kindliche Charakter im Durchschnitt eine hohe Veränderlichkeit zeigt." (Hemminger, H.J.: Kindheit als Schicksal. Die Frage nach den Langzeitfolgen frühkindlicher seelischer Verletzungen. Hbg. 1982, S. 125)

Wenn auch eine bestmögliche Erziehung in der Kindheit noch keine Garantie für eine gelungene Persönlichkeitsentwicklung bedeutet, da das Kind ja nicht nur unter dem elterlichen Erziehungseinfluß steht, so scheint es doch sinnvoll, die Erkenntnisse der Psychotherapie - hier der Kognitiven Verhaltenstherapie - gleichsam als Leitgesichtspunkte der Pädagogik anzubieten, zumal sich Pädagogik nicht nur mit den familialen Interaktionen, sondern auch mit den Einflüssen auf das Kind und den Heranwachsenden im erweiterten schulischen und sonstigen sozialen Feld befaßt.

Die pädagogischen Implikationen werden in zwei Teilen dargestellt, wobei der erste einige allgemeine und spezielle Aspekte der Verhaltensmodifikation bei Kindern herausstellt.

Im zweiten Teil werden dann die zentralen pädagogischen Anliegen erörtert.

## VI. Die Verhaltensmodifikation bei Kindern

Im Lichte der Verhaltenspsychologie und -therapie werden die Einflüsse auf die Entwicklung des Kindes und Klienten als Verhaltensmodifikation bezeichnet. Dabei ist zu beachten, daß sich der Begriff 'Verhalten' nicht nur auf äußere (motorische) Aktionen und Reaktionen bezieht, sondern auch auf Wahrnehmungen, Emotionen, Sprache und Denken. In der Kognitiven Verhaltenspsychologie und -therapie werden diese mentalen Prozesse besonders hervorgehoben.

Zunächst sind - gleichsam als Einleitung in dieses Kapitel - einige grundlegende Aspekte der Verhaltensmodifikation darzustellen. Dann werden die beiden Richtungen der Modifikation, die auch in der Erziehung des Kindes gelten, aufgewiesen: die Förderung oder Verstärkung erwünschten Verhaltens und die Abschwächung oder Behebung von Fehlverhalten. Um den kognitiven Aspekt der Verhaltensmodifikation hervorzuheben, wird in einem weiteren Kapitel auf die Förderung der Verständnisentwicklung eingegangen. Abgeschlossen werden die Ausführungen durch Hinweise auf die Formulierung und Durchführung von Strategien.

### 1. Die grundlegenden Aspekte der Verhaltensmodifikation

Die Eltern haben mehr oder weniger bestimmte Vorstellungen davon, wie sie das Verhalten ihrer Kinder zu beeinflussen haben, welche Entwicklungen und Veränderungen anzustreben sind. Die Art (Vollständigkeit und Gültigkeit) dieser Vorstellungen oder 'Theorien' variiert stark. Kennzeichnend für die Vorstellungen ist, daß sie zumeist ohne kritische Prüfung von Person zu Person, von Generation zu Generation weitergereicht werden. Diese häufig gebrauchten, jedoch relativ ungeprüften Ansichten arbeiten anscheinend aufgrund einiger Kriterien gut, so daß sie fest in der Überzeugung der Erziehenden verankert sind.

Viele Menschen handeln ausdrücklich nach der Vorstellung, daß andere sich in der gewünschten Weise verhalten, wenn man ihnen die Unzweckmäßigkeit oder Schädlichkeit ihres Verhaltens erläutert. Diese unverifizierte Vorstellung beruht darauf, daß man Verhalten als willentlich und logisch gesteuert ansieht. Andererseits wird, wenn derjenige, dem ein 'guter Rat' gegeben wird, sein Verhalten nicht ändert, das Ausbleiben der Veränderung meistens einer persönlichen Eigenart zugeschrieben (Uneinsichtigkeit, Rigidität, Unbelehrbarkeit, Willensschwäche usw.).

Um gewünschtes Verhalten und gewünschte Veränderung in vorhersehbarer Weise zu fördern, müssen klare und gültige Konzeptionen zur Veränderung sorgfältig formuliert werden. Man muß sich darum bemühen, zwei grundlegende Ziele zu erreichen: 1. Die Aneignung des gewünschten Verhaltens, das im Verhaltensrepertoire des einzelnen noch nicht vorhanden ist, ist zu erleichtern. 2. Das vorhandene Verhalten, das sozial unerwünscht oder selbstzerstörerisch ist, ist zu verändern. Die erste Form der Aneignung ist elementar, gleichsam von der Entwicklung des Menschen nahegelegt. Die zweite Form der Aneignung ist komplizierter und schließt zwei Stufen oder Phasen ein: 1. Das ungewollte oder unerwünschte Verhalten muß verlernt werden; 2. neues Verhalten muß stattfinden, damit das Individuum fähig ist, sich richtig zu verhalten. Die Schwierigkeit der zweiten Aneignungsform liegt vor allem darin, daß das unerwünschte Verhalten oft einen funktionellen Nutzen hat, etwa, daß es Angstgefühle vermindert oder einen andersartigen Gewinn bucht. So erreicht z. B. ein Kind durch aggressives oder wehleidiges Verhalten gelegentlich vermehrte Zuwendung der Eltern, sei es durch Bestrafung oder Tröstung.

Die Frage, die sich jetzt erhebt, lautet: Wie erkennen Eltern die Verhaltensformen, die gefördert werden sollen und jene, die verändert oder verlernt werden sollen?

In einzelnen Fällen ist die Frage leicht zu beantworten: Wenn ein Kind etwa überängstlich und gehemmt oder impulsiv und aggressiv ist und dadurch im Lernen und Zusammenleben mit anderen stark beeinträchtigt ist, braucht es Hilfe, um sein Verhalten zu ändern. Diese Verhaltensformen bringen dem Kind Nachteile, erschweren die angemessene

Persönlichkeitsentwicklung. Das Kind verursacht einen circulus vitiosus: Sein Verhalten veranlaßt andere Personen dazu, negativ auf es zu reagieren. Über kurz oder lang wird es isoliert und in seinem Selbstwertgefühl geschädigt.

Die Tatsache, daß das Verhalten des Kindes Eltern und Lehrer irritiert und stört, kann für sich genommen nicht Kriterium dafür sein, eine Verhaltensänderung herbeizuführen. Manche Eltern fordern geradezu durch ihre Fehlerwartungen und unangemessenen Erziehungspraktiken das Fehlverhalten ihrer Kinder heraus, so z. B. wenn sie überbesorgt die Kinder vom Umgang mit Gleichaltrigen fernhalten oder überstreng die Spontanität ihrer Kinder einschränken, eigenständige Verhaltensweisen und Neugierverhalten unterdrücken.

Die Entscheidung, das Verhalten eines Kindes zu ändern, sollte wenigstens drei Kriterien einschließen: 1. Das Verhalten, von dem angenommen wird, daß es unangemessen sei, muß mit ausreichender Häufigkeit vorkommen. Gelegentliches Rückzugsverhalten und gelegentliche Aggressivität sind für Kinder typisch. 2. Das kritisierte Verhalten muß, um angesprochen zu werden, für das Kind und/oder seine Umwelt nachteilige Auswirkungen haben, es in mehr oder weniger offene Notzustände bringen. 3. Das Fehlverhalten sollte auch im Hinblick auf die weitere Entwicklung des Kindes hin gesehen werden. So werden z. B. bei übermäßiger Abhängigkeit oder infantilem Verhalten schwere Probleme in späteren Entwicklungsperioden entstehen.

Im übrigen sollten wir uns bewußt sein, daß die kulturelle und schichtenspezifische Relevanz des gewünschten Verhaltens nicht klar spezifiziert ist. Kulturanthropologen und Soziologen haben in vielen Untersuchungen auf die Relativität der erzieherischen Entwicklungs- und Zielvorstellungen hingewiesen.

Zu bedenken ist auch noch, daß unser Erziehungsverhalten auf der Grundlage einer bestimmten Auffassung von der menschlichen Natur praktiziert wird. Wenn man annimmt, daß die Entwicklung in erster Linie eine Funktion der Stimulusfolge und deren Konsequenzen ist, dann sind Erziehungsbemühungen und Erziehungsmaßnahmen entscheidend



für die Entwicklung. Nimmt man jedoch an, daß die Entwicklung vorzugsweise von (der Ausprägung der) genetischen Informationen bestimmt wird, dann erhalten erzieherische Anregungen und ihre Konsequenzen eine geringere Bedeutung. Gegenwärtig **legt** der Stand unserer Erkenntnisse in der Pädagogischen Psychologie die Annahme nahe, daß - eine normale körperlich-geistige Entwicklung vorausgesetzt - zumindest die Entwicklung des Sozial- und Leistungsverhaltens des Menschen in höherem Maße von den Umweltbedingungen und -anregungen abhängig ist.

Was als unangepaßt oder deviant betrachtet wird, hängt auch von der eigenen theoretischen Orientierung ab. Die psychoanalytisch orientierten Erzieher fassen Devianz in Begriffe der Funktionen von Es, Ich und Über-Ich. Die Anhänger Rogers beachten den Mangel an Selbstbewußtsein und die Blockierungen der sog. Selbstverwirklichung. Skinner führt eine verfehlte Entwicklung auf unangemessene Verstärkungsbedingungen zurück. In gleicher Richtung zielen die Erklärungen der kognitiven Psychologen, nur daß hier noch weiter differenziert wird durch den Hinweis auf Defizite interner Variablen, die der Selbstsicherheit, Selbstkontrolle, Reflexivität und der Selbstgespräche. Entscheidend ist - und da stellt sowohl die Klassische als auch die Kognitive Verhaltenspsychologie einen Fortschritt dar -, daß die Erklärungen im höheren Maße verifizierbar sind. Systeme, die versuchen, die Variablen in testbare und widerlegbare Begriffe zu fassen, sind nachgewiesenermaßen nützlich für die Förderung und Bestimmung erfolgreicher Veränderungsstrategien.

Die Kognitive Psychologie betont, daß unzureichendes und fehlangepaßtes Verhalten sich auch in ungeordneten kognitiven Prozessen manifestiert, voreiligen Verallgemeinerungen einer negativen Erfahrung, Dramatisierung ihrer schädlichen Folgen, Fixierung in rigiden selbstschädigenden Selbstgesprächen, Selbstabwertungen u. ä.

Wir wenden uns jetzt der Frage zu, welche Verhaltensweisen gefördert werden sollen. Die Frage 'Erziehung wofür?' ist nach wie vor relevant.

...

Wir könnten der Komplexität dieser Fragen entgehen und eine schnelle Antwort liefern, indem wir sagen, daß unser Ziel die Selbstverwirklichung eines jeden Kindes ist, und wir können nach Maslow die Charakteristika eines derartigen Menschen kurz wie folgt aufzählen (Maslow, A.: Motivation and personality. NY 1954):

- 1) Eine effiziente und klare Realitätseinschätzung;
- 2) die Fähigkeit, sich selber, andere und die Natur zu bejahen;
- 3) Spontaneität, Natürlichkeit und ungekünsteltes Verhalten;
- 4) die Fähigkeit, Kernprobleme zu erkennen und sich für sie zu interessieren sowie das Tragen von Verantwortung für die Lösung solcher Probleme;
- 5) Selbständigkeit und eine gewisse Unabhängigkeit von der Umwelt und der extrinsischen Befriedigung;
- 6) Reichtum an subjektiver Erfahrung;
- 7) tiefes Empfinden von Identifikation und Sympathie mit und für die Menschheit;
- 8) die Fähigkeit, zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen, in sie zu investieren und sie zu bejahen;
- 9) die Fähigkeit, klare Unterscheidungen zwischen richtig und falsch zu treffen und zwischen Mittel und Zweck zu unterscheiden;
- 10) ein feiner und nicht verletzender Sinn für Humor.

Diese sind wichtige und hohe Ziele. Allgemein liefern sie einige Richtlinien für das Verhalten, das wir fördern wollen. Aber weil sie allgemein sind, ist es schwierig, sie in aufeinanderfolgende Entwicklungsschritte umzusetzen. Um ihren Erwerb zu fördern, müssen sie auch operational bestimmt werden.

Andere haben bedeutsame entwicklungsmäßig geordnete Beiträge geliefert, die die grundlegenden entwicklungsmäßigen Aneignungen betreffen. Die bemerkenswertesten Beiträge, auf die Blackham und Silberman hinweisen, sind Havighursts entwicklungsmäßige Aufgaben und Eriksons acht Wendepunkte oder Etappen des Menschen (Havighurst, R.J.: Human development and education. NY 1953 - Erikson, E.: Childhood and society. NY <sup>2</sup>1963 - vgl. Blackham, G.J. u. Silberman, A.: Modification of child behavior. Belmont/Cal. 1971, dtsh.: Grundlagen und Methoden der Verhaltensmodifikation bei Kindern. Weinheim 1975).

Die Formulierungen von Havighurst und Erikson sind nützlich, da die entwicklungsmäßigen Aneignungen, die für eine abgeschlossene Entwicklung als grundlegend betrachtet werden müssen, aufeinanderfolgend angeordnet sind. Folglich wird denjenigen, die eine entscheidende Verhaltensentwicklung erleichtern wollen, ein genauer Wegweiser gegeben. Diese Formulierungen sind allerdings nicht erschöpfend. Eine detaillierte und verständlichere Formulierung anderer entscheidender Verhaltensentwicklungen ist zu wünschen. Wir können nur einige von ihnen andeuten. Zum Beispiel scheinen alle folgenden Ergänzungen in gleicher Weise wichtig für eine vollständige psychologische Differenzierung:

- 1) Lernen, anderen gegenüber Gefühlsreaktionen zu zeigen und sie von anderen anzunehmen, ohne dabei ein Gefühl der Angst, Schuld, Verlegenheit oder Unwürdigkeit zu entwickeln;
- 2) Lernen, seine Gefühle auszudrücken, zu beurteilen und zu prüfen und sie zu anderen in eine Beziehung zu setzen, die von seinesgleichen und von einem selbst für richtig gehalten wird;
- 3) Lernen, Verantwortung für das eigene Verhalten zu übernehmen, die durch die Akzeptierung der Konsequenzen, die einer Handlung folgen, bestimmt ist, und lernen, notwendige psychologische oder materielle Entschädigung zu leisten;
- 4) das Entwickeln von befriedigenden selbstverstärkenden Mustern, so daß man mit seiner äußeren Erscheinung, seinen Fertigkeiten und seiner Leistung zufrieden ist;
- 5) Erlernen angemessener sozialer Rollen, wie es von einem teilnehmenden Mitglied in vielen Gruppen gefordert wird;  
die Entwicklung der Fähigkeit, Rollen zu übernehmen wie z. B. Sohn oder Tochter, Junge oder Mädchen, Schüler, Führer oder Anhänger, was in der Fähigkeit deutlich wird, die in jeder Rolle geforderte Verantwortung zu übernehmen.

Neben der Erweiterung der Liste der wesentlichen Aneignungen haben die oben aufgeführten Formulierungen eine zusätzliche Dimension. Sie sind in Begriffe gefaßt, die sich dem beobachteten Verhalten, das als erwünscht betrachtet wird, nähern.

Ein operational festgelegtes Ergebnis hat zwei grundlegende Bestandteile (vgl. Mager, R. F.: Preparing instructional objectives. Palo Alto 1962). Erstens muß das gewünschte Endverhalten in Begriffe gefaßt werden, die eindeutig feststellbar und deshalb meßbar sind.

Zweitens müssen die Ergebnisse die gezeigten Verhaltensweisen und die genauen Bedingungen, unter denen erwartet werden kann, daß sie eintreten, aufzeigen. Wenn wir z. B. die Übernahme der sozialen Rolle 'Sohn' betrachten, müßten wir alle Verhaltensweisen bestimmen, von denen die Eltern glauben, daß der Junge sie zeigen sollte (Handlungen und Verbalisierungen), ebenso wie wir die entwicklungsmäßig erwünschten Verhaltensweisen entsprechend der psychologischen und soziologischen Auffassung von 'Sohn' bestimmen müßten. Wenn die Rolle derart bestimmt ist, kennen wir das genaue Verhalten, das wir fördern wollen. Wenn die Ergebnisse jedoch nicht in Verhaltensbegriffe gefaßt sind, wissen wir einfach nicht, wann das Kind die Übernahme vollzieht.

Wenn wir die Erleichterung der gewünschten Verhaltensergebnisse berücksichtigen, die sich aus Erlernen, Erziehung und Sozialisierung ergeben können, müssen wir sie auch aufeinanderfolgend ordnen. Eine hervorragende Arbeit im Bereich der aufeinanderfolgenden erzieherischen Ziele ist in zwei Bänden von Bloom und Krathwohl sowie Krathwohl und Masia enthalten (Bloom, B. S., Hrsg. : Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. NY 1956 - Krathwohl, D. R. u. Masia, B. B.: Taxonomy of educational objectives. Handbook II: Affective domain. NY 1964). Sie versuchten, eine Rangordnung von Erziehungszielen in kognitiven und affektiven Bereichen aufzustellen. Obwohl sie nicht alle Verhaltensergebnisse, die in jedem dieser Bereiche als erwünscht betrachtet werden, bestimmt haben, haben sie doch das allgemeine Wesen und die Richtlinien zur Aneignung spezifiziert.

Da die Formulierungen von Bloom et al. brauchbare Richtlinien für produktives Nachdenken über wichtige entwicklungsmäßige Aneignungen liefern, ist es angebracht, die allgemeine Struktur des kognitiven Bereichs kurz zu beschreiben: Der kognitive Bereich ist in eine aus sechs Stufen bestehende Hierarchie eingeordnet, wobei jede Stufe fundamental und bis zu einem gewissen Grad die Voraussetzung für die Erreichung der nächsthöheren Stufe ist. Wenn wir mit der untersten und einfachsten Stufe beginnen und zu der nächsthöheren Stufe übergehen, bestimmen wir sie als: 1. Kenntnisse, 2. Begriffsvermögen, 3. Anwendung, 4. Analyse, 5. Synthese und 6. Bewertung:



**K e n n t n i s s e** , die erste Stufe, bestehen aus Tatsachen und/oder Informationen in allen Wissensbereichen, die man kennen sollte. Sie sind in Untergruppen aufgeteilt, die Kenntnisse der Terminologie, der Konventionen, der Richtung und Reihenfolge, Klassifizierungen und Kategorien, Kriterien, Methodenlehre, Prinzipien und Verallgemeinerungen, der Theorien und Strukturen einschließen. Wenn jemand die Faktoren, die für jede dieser Untergruppen in einem Wissensbereich spezifisch sind, kennt, sie sich ins Bewußtsein zurückrufen kann, könnte man sagen, er weiß alles, was es über diesen Wissensbereich zu wissen gibt. Die erste Stufe repräsentiert die einfachste Erkenntnisstufe, und sie ist bis zu einem gewissen Grad Vorbedingung zur Erreichung der anderen Stufen. Die anderen Stufen des kognitiven Bereichs stellen hauptsächlich Möglichkeiten dar, innerhalb derer Kenntnisse angewandt werden können, oder verschiedene Arten kognitiver Operationen, die im Umgang mit Problemen und Herausforderungen nützlich sein können.

Die zweite Stufe, **B e g r i f f s v e r m ö g e n** , bezieht sich auf die niedrigste Stufe des Begreifens der Kenntnisse, die man besitzt. Die erste Untergruppe von Begriffsvermögen ist z. B. die Übertragung, die im wesentlichen die Übertragung einer Mitteilung von der einen Sprache in die andere beinhaltet. Auf der höchsten Stufe des Begriffsvermögens ist man dazu in der Lage, Schlüsse zu ziehen, indem man über die gegebenen Angaben hinausgeht (mündliche oder schriftliche Mitteilungen) und Implikationen, Konsequenzen und Auswirkungen bestimmt und sogar Vorhersagen trifft. Offensichtlich ist die Grenze, bis zu der man etwas, das bekannt ist, begreift, von dem Grad abhängig, bis zu dem man Folgerungen über die gegebenen Angaben hinaus anstellen kann.

**A n w e n d u n g** , die dritte Stufe, zeigt den Grad, bis zu dem jemand dazu in der Lage ist, eine Idee, ein Prinzip, eine Regel oder Methode auf eine bestimmte Situation anzuwenden. Wenn z. B. ein Lehrer ein phonetisches Problem gelehrt - und ein Kind es gelernt - hat, wird der Grad, bis zu dem das Kind diese Stufe der kognitiven Aktivität anwendet, an der Fähigkeit gemessen, das Prinzip mit anderen Worten und freiem Vortrag wiederzugeben.



**A n a l y s e** ist die vierte Stufe des kognitiven Bereichs. Erkenntnis auf dieser Stufe ist die Fähigkeit, die Komponenten einer Behauptung oder einer Mitteilung in ihre einzelnen Teile zu zerlegen und sie hierarchisch zu ordnen. Hierbei müssen die Hauptelemente oder Prinzipien identifiziert werden, und ihre Beziehungen untereinander müssen erkannt werden. Charakteristisch für diese Stufe der kognitiven Entwicklung ist die Fähigkeit, Tatsachen von Hypothesen zu unterscheiden, Hypothesen von gegebenen Daten zu trennen oder die Prinzipien, die einer Mitteilung zugrunde liegen, zu analysieren.

**S y n t h e s e**, die fünfte Stufe, bezeichnet die Fähigkeit, viele Elemente (Vorstellungen und verschiedene Angaben) zu einer neuen Struktur zu verschmelzen. Es ist die Entstehung von etwas Neuem (einem Produkt oder einer Konzeption), das vorher nicht vorhanden war. Vielleicht kann man diese Art von Erkenntnis am einfachsten als eine Art von intellektueller Aktivität beschreiben, die häufig als Kreativität bezeichnet wird. Sie ist der Aufbau einer originellen Erkenntnis, eines Plans oder einer Verbindung von abstrakten Beziehungen.

Die letzte Stufe des kognitiven Bereichs ist die **B e w e r t u n g**. Erkenntnis auf dieser Stufe wird durch die Fähigkeit erklärt, sich richtige Urteile von der Nützlichkeit oder dem Wert bestimmter Formulierungen, Methoden und Unterlagen für bestimmte Zwecke zu bilden. Auf der niedrigsten Stufe kann Bewertung als die Fähigkeit, Erreichbarkeiten und Brauchbarkeiten in Argumenten zu erkennen, erklärt werden. Auf ihrer höchsten Stufe wird Bewertung durch die Fähigkeit erklärt, größere Verallgemeinerungen und Theorien mit ihrer Nützlichkeit für das Verständnis bestimmter Phänomene zu vergleichen.

Die Beiträge von Bloom et al. repräsentieren einen beachtenswerten Versuch zur systematischen und aufeinanderfolgenden Gliederung der Arten von kognitiven Entwicklungen, die für das Ergebnis als wichtig betrachtet werden. Als solche sind sie ein brauchbares Modell für das Nachdenken über Ergebnisse, die als Vorbild dienen können.

Eine andere Konzeption einiger grundlegender Lernziele (oder Fähigkeiten), die systematisch und aufeinanderfolgend gegliedert wurden, stammt von Valett (Valett, R.: Programming learning disabilities. Palo Alto 1969). Er hat 53 grundlegende Lernfähigkeiten in sechs größeren Bereichen der psychologisch-erzieherischen Entwicklung identifiziert und operational definiert. Diese 53 grundlegenden Lernfähigkeiten werden auf folgende entwicklungsmäßigen Bereiche verteilt: 1. grobmotorische Entwicklung, 2. senso-motorische Integration, 3. wahrnehmbar-motorische Fertigkeiten, 4. Sprachentwicklung, 5. Fähigkeit zur Begriffsbildung und 6. soziale Fertigkeiten. Ein besonderer Vorzug von Valetts Formulierungen ist der, daß er jede grundlegende Lernfähigkeit operational bestimmt, geeignete Methoden zur Messung ihrer Leistung entwickelt und brauchbare Aktivitäten und Methoden zur Förderung ihrer Aneignung erarbeitet hat.

Die Frage 'Förderung und Veränderung von Verhalten' impliziert stets auch eine Besinnung auf Wertungen und Wertmaßstäbe. Verhaltenskontrolle, Verhaltensmodifikation und Verhaltensmanipulation können mißbraucht werden. Deshalb ist die Frage nach ihrer Berechtigung und ihren Grenzen zu stellen. Wenn ein Mensch therapeutisch Hilfe sucht, sollte er selbst entscheiden können, welches Verhalten er ändern möchte, und es sollte ihm erklärt werden, mit welcher Methode das erstrebte Verhalten erreicht werden kann. Wenn das Subjekt ein Kind ist, das aufgrund mangelnder Erfahrung oder unzureichender Fähigkeiten nicht in der Lage ist zu entscheiden, was für seine Entwicklung und sein Wohl das Beste ist, müssen seine Eltern diese Entscheidung treffen. In jedem Falle sollte das Wohl des anderen im Blickpunkt bleiben, d. h. Verhaltenskontrolle, Verhaltensmodifikation und Verhaltensmanipulation als Therapie oder Erziehung sollten als Förderung der Selbständigkeit, Selbstkontrolle und sozialen Verantwortung verstanden werden. Therapeuten und Erzieher sollten ihre Aufgabe im Lernbeistand sehen.

Es sollen noch einige Grundbegriffe kurz erläutert werden: reaktives und operantes Verhalten, positive und negative Verstärkung, primäre und sekundäre Verstärkung, Generalisierung, Diskrimination und differenzierte Verstärkung.

Reaktives Verhalten tritt automatisch als Reaktion auf einen bestimmten Reiz auf: Weinen als Reaktion auf Zwiebelschälen, Kniereflex als Reaktion auf einen leichten Schlag auf die Patellarsehne, Kontraktion der Pupille als Reaktion auf Veränderungen in der Lichtintensität. Reaktives Verhalten unterliegt nicht der willkürlichen Kontrolle.

Operantes Verhalten unterliegt der willkürlichen Kontrolle. Es wird von den Ereignissen und Konsequenzen, die auf sein Auftreten folgen, beeinflusst und kontrolliert. Fast jede Bewegung, die unter willkürlicher Kontrolle steht, kann als operantes Verhalten klassifiziert werden: Briefschreiben, Zeichnen, Malen, Einkaufen, Fliegen etc. Konsequenzen einer Reaktion, die die Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens erhöhen, werden als 'Verstärker' bezeichnet. Ein Verstärker kann etwas Eßbares, ein Lächeln, ein Zuspruch sein. Häufigkeit und Stärke einer Reaktion nehmen ab, wenn die Verstärkung beendet wird. Wenn die Verstärkung für eine bestimmte Zeit völlig entzogen wird, sinkt die Reaktionshäufigkeit auf den Stand vor der Konditionierung.

Positive und negative Verstärkung. Diese Bezeichnungen verweisen auf den Zustand des Organismus nach der Anwendung von Verstärkung. Positive Verstärker werden manchmal auch Belohnungsreiz genannt, da er zum Wohlbefinden beiträgt und den Wunsch erzeugt, die Reaktion zu wiederholen. Bei negativer Verstärkung wird ein aversiver Reiz beendet oder entzogen. Der Zweitkläßler wurde, weil er sich wieder einmal weigerte, die Schönschriftarbeit zu machen, in das Zimmer eingesperrt mit dem Auftrag, die Abschrift anzufertigen. Nach einer Stunde kommt die Mutter und schaut nach. Der Sohn ist gerade dabei, die letzten Zeilen zu schreiben. Die Mutter: 'Gut, da brauch ich Dich ja nicht mehr einzusperren.' Dies ist ein Beispiel für den Entzug eines negativen Reizes (Einsperren) sofort nach der Erledigung der Aufgabe (Schönschreiben).

Primäre und sekundäre Verstärkung. Primäre Verstärker sind Reize, die Verstärkungseigenschaften besitzen, weil sie biologisch von Bedeutung sind und/oder weil sie ein physiologisches Bedürfnis befriedigen (z. B. Aufnahme von Wasser, Nahrung). Sekundäre oder konditionierte Verstärker sind Reize, die ihre Verstärkungseigenschaften

dadurch erlangen, daß sie mit primären Verstärkern oder Reizen mit nachgewiesener Verstärkungsfähigkeit verbunden oder gepaart werden. Es gibt unzählige Reize, die als sekundäre Verstärker wirken können, z. B. ein Ton, ein Licht, ein Wort, eine sanfte Berührung etc. Manche Reize, die mit mehr als einem Verstärker gepaart wurden, werden zu 'generalisierten Verstärkern'. So sind z. B. Geld, Beachtung, Anerkennung, Lob solche generalisierten Verstärker.

Generalisierung. Verhalten, das in einer Reizsituation gelernt wurde, tritt mit großer Wahrscheinlichkeit auch in anderen ähnlichen Situationen auf. Ein Dreijähriger hat gelernt, sich vor dem Hund des Nachbarn zu fürchten. Diese Angst wird sich in der Regel auf andere Hunde beziehen, evtl. sogar auch auf Spielzeughunde. Diese Ausdehnung oder Übertragung einer erlernten Reaktion auf einen bestimmten Reiz (oder Reizkomplex) auf andere ähnliche Reize bezeichnet man als 'Generalisierung'. Je ähnlicher die zwei Reizsituationen sind, desto wahrscheinlicher wird die Reaktion generalisiert. Generalisierung kann nützlich sein. Wir lernen, auf bestimmte Gefahren und Chancen zu achten, sind also in Zukunft nicht nur auf Versuch und Irrtum angewiesen. Andererseits schränkt die Generalisierung der Angst einen Menschen in seinem Neugier- und Erkundungsverhalten aber auch ein. Er meidet Situationen, die aktuell und potentiell mit Angst besetzt sind bzw. sein könnten.

Diskrimination und differenzierte Verstärkung. Wir können einmal gelerntes Verhalten oft nicht in gleicher Weise bei anderer Gelegenheit oder anderen Personen einsetzen. Kinder lernen bereits, die Erwartungen anderer zu unterscheiden und sich ihnen gegenüber entsprechend zu verhalten.

Wir gehen von der Annahme aus, daß viele der psychologischen Probleme und devianten Verhaltensweisen, die Kinder bedrücken, das Ergebnis von Lernprozessen sind. Man kann diese Verhaltensweisen modifizieren, indem man genau die Bedingungen für das 'Verlernen' festlegt. Dies setzt voraus, daß menschliches Verhalten von bestimmten gesetzmäßigen Beziehungen abhängig ist. Auch wenn wir noch nicht alle Gesetze kennen, die das menschliche Verhalten bestimmen, so wurde doch bei vielen lerntheoretisch begründeten Prinzipien nachgewiesen, daß sie zur Änderung des menschlichen Verhaltens beitragen können.



In den folgenden Ausführungen orientiere ich mich an der Arbeit von Blackham und Silberman, die in klarer Übersicht Methoden der Verstärkung erwünschten Verhaltens, Methoden der Abschwächung von Fehlverhalten bei Kindern und Strategien der Verhaltensmodifikation herausgestellt haben.

## 2. Die Förderung oder Verstärkung gewünschten Verhaltens

Verhalten wird aus zwei Gründen gelernt: erstens, um einen Zustand, der schädlich oder schmerzhaft ist, zu beenden, zweitens um positive Empfindungen oder einen Zustand des Wohlbefindens herbeizuführen.

Wenn wir sagen, daß Verhalten erlernt wird, um Zustände und Bedingungen, die schädlich oder schmerzhaft sind, zu beenden, so meinen wir, daß Reaktionen geäußert werden, um Angst abzubauen, oder die es uns ermöglichen, physischen und psychischen Schmerz zu vermeiden. Beispiele: Ein gebranntes Kind meidet einen heißen Ofen; ein Kind, das dauernd von den Eltern kritisiert und korrigiert wird, hört auf, den Eltern 'zuzuhören'; es stellt 'seine Ohren auf Durchzug'.

Wir lernen andererseits auch, um positive Empfindungen, Befriedigung und Freude herbeizuführen. Wir suchen Wege und Mittel, um unsere Bedürfnisse zu befriedigen und unseren Interessen nachzugehen. Wir lernen Verhalten, das positiv verstärkt wird.

Das reaktive Konditionieren ist durch die Pawlowschen Versuche ausgiebig untersucht worden. Pawlow entdeckte auch den Prozeß der Extinktion. Er beobachtete, daß, wenn ein unkonditionierter Reiz bei mehreren Konditionierungsversuchen weggelassen wurde, die konditionierte Reaktion abnahm und u. U. gar nicht mehr erfolgte. Allerdings kann die gelöschte Reaktion nach einiger Zeit wieder als 'spontane Wiedergewinnung' auftreten. So etwas beobachten wir auch bei Kindern, nachdem ein Fehlverhalten des Kindes 'gelöscht' wurde.



Pawlow führte auch Experimente zur Generalisierung und Diskriminierung durch. Im Zusammenhang mit den Arbeiten zur Diskriminierung erkannte er, daß man (bei Hunden) experimentelle Neurosen erzeugen kann. Das Tier wurde darauf trainiert, zwischen einem Kreis und einer Ellipse zu unterscheiden. Nachdem die richtige Diskriminierung erlernt worden war, wurde die Ellipse allmählich verändert, so daß sie dem Kreis immer mehr ähnelte. Nachdem der Hund nicht mehr unterscheiden konnte, wurde er unruhig, sträubte sich und begann zu jaulen. Schließlich wurde er aggressiv und weigerte sich, den Versuchsraum zu betreten. Der Hund hatte eine experimentelle Neurose entwickelt.

Beim Menschen beeinflußt das reaktive Konditionieren Reaktionen, die vom Nervensystem ausgehen: etwa Herzfrequenz, Blutdruck, Magen- und Darmtätigkeit, adrenalin Absonderungen usw. Da einige dieser Reaktionen eng mit dem emotionalen Befinden - z. B. Angst, Beklemmung, etc. - zusammenhängen, ist es verständlich, daß reaktives Konditionieren unser emotionales Verhalten beeinflussen kann.

Der Vorgang, durch den emotionale Reaktionen konditioniert werden, wird in der klassischen Untersuchung von Watson und Raynor verdeutlicht (Watson, J. B. u. Raynor, R.: Conditioned emotional reactions. J. of Exp. Psychol. 3, 1920, S. 1 - 14): Einem elf Monate alten Jungen, der eine Vorliebe für Ratten hatte, wurde durch das folgende Verfahren beigebracht, diese zu fürchten. Dem Kind wurde eine weiße Ratte (neutraler oder konditionierter Reiz) gezeigt, und in dem Moment, in dem seine Hand sie berührte, wurde eine Eisenstange durch einen Schlag zum Schwingen gebracht. Dies erzeugte ein unerwartetes, lautes Geräusch. Das Geräusch (der auslösende bzw. konditionierende Reiz) löste eine Angstreaktion beim Kind aus. Dieses Verfahren wurde siebenmal wiederholt. Eine starke konditionierte (angstvolle) Reaktion auf die Ratte hatte sich bei dem Kind festgesetzt. Die Angst wurde auf ein Kaninchen, einen Hund, eine Nikolausmaske, einen Pelzmantel, ja sogar auf Watsons Haare generalisiert.

Auf die gleiche Weise kann der Lehrer einer ersten Klasse durch Reize, die Angst auslösen, dahin kommen, daß er von den Erstkläßlern gefürchtet wird. Und in Übereinstimmung mit dem oben beschrie-

enen Prinzip kann die Angst vor dem Lehrer in der ersten Klasse auf andere Lehrer oder auf jeden Reiz oder Gegenstand in der Situation generalisiert werden. Vielleicht können einige der Aversionen der Erstkläßler gegenüber dem Lesen hierauf zurückgeführt werden. Ein Lehrer der ersten Klasse sollte Bedingungen schaffen (durch die Art, wie er sich verhält), um sicher zu gehen, daß ihm positive Gefühle entgegengebracht werden. Dann werden die Erstkläßler eher diese positiven Gefühle auf das Lernen und auf die Schule überhaupt generalisieren.

Jeder Reiz, den man mit einem auslösenden Reiz der Angst (oder jedem negativen Gefühl) hervorrufen kann, verbindet, ist fähig, einen bestimmten, gefühlsmäßigen Zustand bei einer Person zu provozieren. Diese Verbindung kann stattfinden, ohne daß die Person es merkt. Jedoch kann diese Person bei späterer Gelegenheit in Gegenwart des konditionierten Reizes in einen emotionalen Zustand geraten, ohne ihn zu verstehen oder zu wissen, warum. Wenn die konditionierte Angst stark ist, kann es dazu kommen, daß jede Situation, in der der konditionierte Reiz anwesend ist, vermieden wird.

Die Konditionierung einer operanten Reaktion wird dadurch erreicht, daß auf die gewünschte Reaktion sofort die positive Verstärkung erfolgt.

Bei der Konditionierung operanten Verhaltens sind verschiedene Gesichtspunkte zu beachten:

- 1) Definition und operationale Bestimmung des zu verändernden Verhaltens. Das Verhalten muß so genau wie möglich definiert werden. So wird es für den Lehrer schwierig sein, 'gutes Schülerverhalten' zu verstärken, wenn er dies nicht genauer bestimmt.
- 2) Erstellung einer Grundrate oder eines operanten Niveaus des Verhaltens, das verändert bzw. gefördert werden soll. Ehe ein Verhalten verändert oder verstärkt wird, müssen wir die Häufigkeit oder Intensität, mit der das Verhalten zur Zeit auftritt, näher bestimmen. Nur so kann man später feststellen, in welcher Weise und bis zu welchem Grad sich das verstärkte Verhalten vom Anfangsverhalten unterscheidet.

- 3) Anordnung der Lern- bzw. Umgangssituation auf eine Weise, die das gewünschte Verhalten mit Sicherheit eintreten läßt. Zunächst ist festzustellen, ob das Kind die gewünschte Reaktion überhaupt zeigen kann. Für viele Verhaltensweisen (z. B. Rechenleistungen) ist ein gewisses Vorwissen erforderlich. Der Unterricht muß auf dem sachstrukturellen Entwicklungsstand aufbauen.
  - 4) Erkennen und Bestimmen potentieller Verstärker. Die Kinder unterscheiden sich in dem, was sie gern haben. Um dies festzustellen, ist es angebracht, die Zuwendungen und Erlaubnisse zu registrieren, die den einzelnen Kindern Freude bereiten und sie bei ihren selbstgewählten Tätigkeiten zu beobachten. Auf diese Weise erfahren wir, welche Ereignisse oder Reize auf die Kinder verstärkend wirken.
  - 5) Verstärken des gewünschten Verhaltens. Wenn ein Kind die gewünschte Reaktion äußern kann, sollte man das erste und weitere Auftreten der Reaktion so lange verstärken, bis dieses häufiger auftritt. Danach sollte man den Verstärkungsplan ändern, um die Reaktion auf die Dauer zu erhalten. Sowohl die Häufigkeitsverstärkung (etwa nach jeder 5. positiven Reaktion) als auch die Intervallverstärkung (etwa alle zwei Stunden einmal) bewirken, daß ein erworbenes Verhalten resistent gegen Extinktion ist.
- Wenn ein Kind das gewünschte Endverhalten noch nicht zeigen kann, müssen schrittweise Annäherungen an das Verhalten bestimmt und entsprechend verstärkt werden (Verhaltensformung).
- Wichtig ist letztlich, daß zum Erreichen des Endverhaltens (sei es nur durch Verstärkung oder/und auch durch Formung aufgebaut) verschiedene Verstärker eingesetzt werden sollten, um eine Übersättigung zu vermeiden.
- 6) Bericht über das verstärkte Verhalten, um festzustellen, ob die Reaktionsstärke oder -häufigkeit angestiegen ist. Im Bericht halten wir fest, wie weit sich das verstärkte/geformte Verhalten gegenüber der Grundrate verändert hat.

Menschliches Verhalten ist meistens durch Reiz-Reaktions-Einheiten (S-R-Einheiten) charakterisiert, die in bestimmter Reihenfolge miteinander verbunden sind. Die Verbindung von zwei oder mehr vorher erlernten S-R-Einheiten im Lernprozeß bezeichnet man als Verkettung. Die Verkettung spielt sowohl im motorischen als auch verbalen Lernen eine große Rolle. Wenn die Reihe bzw. Verkettung aufgebaut ist, muß sie wiederholt werden. Erst durch diese Wiederholung erreicht das Kind, daß die Reihe reibungslos abläuft. Die Ausführung der letzten Reaktionseinheit ist sofort und besonders deutlich zu verstärken.

Erwünschtes Verhalten kann man auch durch negative Verstärkung erreichen. Diese Form der Verhaltenskontrolle wird jedoch nicht oft angewandt, da sie aversive Reize einschließt. Wenn eine Reaktion auf einen aversiven Reiz beendet wird, wird diese Reaktion oder dieses Verhalten verstärkt. Wir zeigen eine Reaktion oder eine Reaktionsfolge, um dem aversiven Reiz zu entgehen.

Flucht- und Meidungsverhalten ähneln sich insofern, als wir dadurch die aversiven Wirkungen eines Reizes erfolgreich von uns fernhalten können. Sie unterscheiden sich jedoch darin, daß beim Meidungsverhalten eine Reaktion geäußert wird, um das Eintreten des aversiven Reizes zu verhindern, während bei Fluchtverhalten (oder negativer Konditionierung) eine Reaktion erfolgt, die einen aversiven Reiz beendet.

Negatives Konditionieren findet man in vielen Bereichen des täglichen Lebens. Unser Verhalten wird in hohem Maße dadurch bestimmt, daß wir versuchen, die Wirkungen aversiver Reize zu beenden oder ihnen zu entgehen. Ein Kind, dessen Mutter sehr viel von ihm fordert, wird z. B. versuchen, den aversiven Reiz zu beenden, indem es das Haus verläßt oder der Mutter nicht mehr zuhört, wenn diese eine ihrer zahlreichen Forderungen stellt. Oder wir fliehen im Winter vor der Kälte, indem wir ins Haus gehen.

Ein Beispiel für die experimentelle und/oder klinische Anwendung der negativen Verstärkung zur Verhaltenskontrolle ist ein Experiment

von Flanagan, Goldiamond und Azrin (Flanagan, B., Goldiamond, J. u. Azrin, N. H.: Operant stuttering: the control of stuttering behavior through response-contingent consequences. J. of. Exp. Analysis of Behavior 1, 1958, S. 173 - 177). In einer Experimentenfolge wurden zunächst drei Stotterer aufgefordert, laut zu lesen, wobei das Stottern genau aufgezeichnet wurde. Jeder Klient las zweimal neunzig Minuten. Nach dieser Analyse wurde das Experiment unter zwei verschiedenen Bedingungen durchgeführt. In der ersten Hälfte der Behandlung wurden aversive Reize verwendet. Bei jedem Stottern ertönte sofort für eine Sekunde ein 105 Phon starkes Geräusch im Kopfhörer des Klienten. Diese Behandlung dauerte ungefähr dreißig Minuten. Anschließend wurde der Klient aufgefordert, weitere dreißig Minuten zu lesen. Bei einem der Klienten hatte das Stottern gegen Ende der aversiven Periode fast völlig aufgehört. Bei den anderen beiden Klienten hatte das Stottern sichtbar nachgelassen.

Das Modellernen, die Neigung zu imitieren oder Reaktionen zu zeigen, die denen eines Vorbilds ähnlich sind, spielt beim Lernen eine außerordentlich wichtige Rolle.

Die Eltern sind sich zumeist über das Ausmaß im klaren, in dem das Verhalten des kleinen Kindes die Widerspiegelung ihres eigenen Verhaltens ist.

Verhalten kann nur verstärkt werden, wenn es bereits zumindest in Ansätzen auftritt. Operantes Konditionieren setzt voraus, daß das Verhalten oder eine Annäherung an dieses Verhalten im Repertoire der Person vorhanden sein muß. Wenn das Verhalten, das erlernt werden soll, komplex ist und viele Elemente einschließt, dürfte die Wahrscheinlichkeit, daß es auftritt und somit verstärkt werden kann, nicht groß sein. Operante Methoden können bei der Kontrolle von Verhalten, das schon vorhanden ist, nützlich sein, nicht aber bei der Förderung neuen Verhaltens.



Operantes Konditionieren ist aber noch in anderer Hinsicht weniger wirksam als Modelllernen. Wenn man sich anschickt, Kindern Verhalten zu lehren oder sie in Fertigkeiten zu schulen, die Gefahr einschließen, kann Versuch und Irrtum riskant sein. Geeignete Modelle, die das Verhalten zeigen, können Versuch und Irrtum stark einschränken und wirkliche Gewinne beim Lernen erbringen (Bandura, A.: Behavior modification through modeling procedures. In: Ullman, L. P. u. Krasner, L., Hrsg.: Research in behavior modification. NY 1956, S. 310 - 340).

Der Beobachter kann vorgeführte Tätigkeiten während der Darbietung durch das Modell sofort danach oder einige Zeit später ausführen. Das modellhafte Verhalten kann auch im Film vorgeführt werden.

Das Imitations- oder Nachahmungslernen wurde verschiedentlich auf das Konditionierungskonzept zurückgeführt: Nachahmungslernen findet dann statt, wenn die Nachahmungsreize und die passenden Reaktionen des Imitierenden gleichzeitig auftreten (Holt, E. B.: Animal drive and the learning process. Vol. I. NY 1931). Modelllernen kommt dann zustande, wenn ein entsprechend motivierter Beobachter für das Nachahmen der richtigen Reaktionen eines Modells positiv verstärkt wird (Miller, N. E. u. Dollard, J.: Social learning and imitation. New Haven 1941).

Bandura kommt zu dem Ergebnis, daß Beobachtungslernen zwei Vorgänge einschließt: imaginative und verbale. Damit definiert Bandura Modelllernen als kognitiven Prozeß (Bandura, A.: Principles of behavior modification. NY 1969). Nachahmungsreize verursachen beim Beobachter wahrnehmbare Reaktionen. Auch wenn sie vorübergehen, so können sie doch zu einem späteren Zeitpunkt **neu belebt** werden. - Da die vorgeführten Reize im Beobachter Vorstellungen hervorrufen, findet eine Art verbale Kodierung der beobachteten Reize statt. Im aufmerksamen Beobachten erkennt der Beobachtende die wichtigen Hinweise. Er rekonstruiert die vorgeführten Vorgänge als Ergebnis symbolischer Darstellung.

Die Frage ist, ob Verstärkung eine notwendige Bedingung für das Modelllernen ist oder nicht. Bandura kommt zu dem Ergebnis, daß

Verstärkung wohl eine wichtige Bedingung für die Ausführung der vorgeführten Reaktion ist, nicht aber für den Erwerb. Modellernen ist also eine eigenständige Lernform, die vor allem drei allgemeine Reaktionsarten beeinflusst: (1) den Erwerb neuer bzw. ungewöhnlicher Reaktionen, die nicht im Reaktionsrepertoire des Beobachters vorhanden sind; (2) die Hemmung oder Enthemmung früher erlernter Reaktionen; (3) Aktualisierung einer Reaktion, die bis dahin beim Beobachter latent vorhanden war. So kann z. B. ein Kind, das nicht besonders aggressiv ist, aggressiver werden, wenn es ein aggressives Modell beobachtet.

Modellernen erstreckt sich über motorische Reaktionen, zwischenmenschliche Verhaltensweisen, über emotionale Reaktionen bis zu kognitiven Fähigkeiten.

Bandura zeigte in verschiedenen Experimenten, wie gewünschtes Verhalten durch Modellernen verstärkt und Fehlverhalten unterbunden werden kann (Bandura, A.: Lernen am Modell. Ansätze einer sozial-kognitiven Lerntheorie. Stuttg. 1976). So beobachteten Kinder, die Angst vor Hunden hatten, andere Kinder, die in der Gruppe oder allein mit Hunden spielten. Bei Beobachtung dieser Realsituationen wie auch später von Filmen bauten die Kinder ihre Ängste ab (Bandura, A. u. Walters, R. H.: Social learning and personality development. NY 1963).

Bandura hat ebenfalls nachgewiesen, daß physische und verbale Aggressionen durch im Film gezeigte Modelle gesteigert werden können. Wo die Modelle noch für aggressives Verhalten belohnt wurden, war die Modellwirkung besonders deutlich.

Die Wirksamkeit des Modellernens hängt von einer Reihe von Bedingungen ab, Bedingungen auf seiten des Lernenden, auf seiten des Modells und hinsichtlich der Lernsituation. Als Lernende neigen zum Imitieren besonders Personen, die unsicher sind und eine geringe Selbsteinschätzung haben, die sich als hilfsbedürftig ansehen und sich entsprechend verhalten. Da die meisten psychisch und psychosomatisch belasteten Klienten unter diesem Syndrom lei-

den, spielt in der Psychotherapie das Modelllernen eine große Rolle; einmal dadurch, daß der Therapeut selbst ein gutes Modell repräsentiert, zum anderen dadurch, daß selbstbewußtes Verhalten über Rollenspiele eingeübt wird. Wichtig für die Wirksamkeit des Modelllernens bzw. die Therapie ist, daß zwischen Modell und Klient eine persönliche Bindung besteht, die emotional positiv gefärbt ist.

Eine weitere förderliche Bedingung für das Nachahmungslernen ist im allgemeinen die erlebte Ähnlichkeit mit dem Modell, die auf verschiedenen Merkmalen beruhen kann (z. B. gleiches Geschlecht, Alter). Wichtig ist noch, daß das Nachahmungslernen durch Erfolg und Anerkennung verstärkt wird.

Die Wirksamkeit auf seiten des Modells hängt auch von dessen Prestige ab und wie weit die Modellperson dem Lernenden positive Erlebnisse vermittelt.

Bezüglich der Lernsituation hat sich ergeben, daß im Zustand größerer emotionaler Erregbarkeit des Lernenden das Ausmaß des Nachahmungslernens gesteigert wird.

Imitiertes Verhalten wird nur stabilisiert, wenn es belohnt wird. Ist der Wert der Belohnung dafür, daß man wie ein anderer ist, zufriedenstellend groß, so konvergiert der Prozeß der Imitation in den der Identifikation. Der Lernende nimmt die Verhaltensweisen einer anderen Person an und macht sie sich zu eigen. Diese Aneignung bezieht sich dann nicht nur auf das wahrnehmbare Verhalten (Gangart, Redeweise, Gesten), sondern auch auf entsprechende Lagebefindlichkeit und Denkart, auf Haltungen und Einstellungen.

Aronfreed versucht, die unter der Rubrik Beobachtungslernen eingeordneten Erscheinungen zu differenzieren. Beobachtungslernen i. e. S. führt nach ihm zur Übereinstimmung mit dem Verhaltensvorbild. Dieses Lernen basiert auf der Ausbildung einer kognitiven Schablone (cognitive template), in der Struktur und Topographie des Vorbild-Verhaltens repräsentiert sind. So gesehen ist Beobachtungslernen prozeßorientiert. Beobachtungslernen i. w. S. ist dagegen ergebnisorientiert. Die kognitive Repräsentanz ist hier relativ grob und undifferenziert.

Sie bildet globale Handlungs-Wirkungs-Sequenzen ab (Aronfreed, J.: Conduct and conscience - the socialization of internalized control over behavior. NY 1968, S. 76 - 80). Obwohl Bandura die kognitive Komponente des Modellerns erwähnt, so hat er sie doch nicht pointiergenug herausgestellt. Nach Aronfreed erfordert jede Form des Beobachtungslernens, daß eine affektive Bewertung der kognitiven Repräsentanz des beobachteten Verhaltens vorgenommen wird (Aronfreed, S. 87). Damit wird zugleich die Funktion des Beobachtungslernens deutlich, die einerseits im Prozeß der Verinnerlichung der sozialen Kontrolle und Normen des Verhaltens, andererseits im Erwerb persönlicher kognitiver Strukturen gegeben ist.

### 3. Die Abschwächung und Löschung des Fehlverhaltens

Verhalten wird - wie wir gesehen haben - sowohl durch positive als auch durch negative Verstärkung aufrechterhalten. Um Verhalten zu ändern, müssen die verstärkenden Reize entzogen werden. Wenn ein verwöhntes Kind 'Riesenansprüche' stellt, geht das Fehlverhalten allmählich zurück, wenn die Eltern aufhören, den Forderungen nachzugeben, sie also zu verstärken. Das Forderungsverhalten wird allerdings erst nach häufigem Verstärkungsentzug gelöscht.

Der Verstärkungsentzug muß konsequent erfolgen. Geschieht das nicht, kann dies dazu führen, daß das Fehlverhalten in voller Intensität wieder auftritt. Hier ist konsequente Erziehung angebracht.

Die Eltern sollten auch wissen, daß die Intensität der Reaktionen nach Entzug der Verstärkung zunimmt. Das Kind versucht, 'mit allen Mitteln', seine Gewohnheit aufrechtzuerhalten. Hier wird von den Eltern Geduld und Beharrlichkeit gefordert.

...

Harris, Wolf und Baer arbeiteten mit drei- und vierjährigen Kindern, die verschiedene Fehlverhaltensweisen zeigten, wie z. B. häufiges Weinen, Passivität, isoliertes Spielen (Harris, F. R., Wolf, M. M. u. Baer, D. M.: Effects of adult social reinforcement on child behavior. Young children 20, 1964, S. 8 - 17). Ein Vierjähriger z. B. fing bei der geringsten Frustration sofort an zu weinen. Der Junge brach im Kindergarten täglich durchschnittlich achtmal in Tränen aus und lenkte damit die Aufmerksamkeit der Erzieherin auf sich. Die Erzieherin wurde angewiesen, dieses Verhalten einfach zu ignorieren. Zehn Tage wurde das Weinen des Kindes ignoriert. Zugleich wurde es gelobt, wenn es sich selbständig zu helfen wußte. Während der zweiten Hälfte des Zeitraums weinte der Junge nur noch einmal.

Wir sehen an diesem Beispiel, daß die Nicht-Verstärkung des Fehlverhaltens mit der Verstärkung des gewünschten Verhaltens gekoppelt wird. Eine bloße Nicht-Verstärkung ist weniger effektiv.

Williams berichtet über einen 21 Monate alten Jungen (Williams, C. D.: The elimination of tantrum behavior by extinction procedures. J. of Abn. and Soc. Psychol. 59, 1959, S. 269). Er war 18 Monate schwer krank gewesen und bedurfte besonderer Pflege. Nach seiner Genesung forderte er im überhöhtem Maße Aufmerksamkeit. Wenn sie ihm nicht gewährt wurde, reagierte er besonders abends mit starken Wutanfällen. Das Kind wurde abwechselnd von seinen Eltern und einer Tante ins Bett gebracht. Wenn sie nicht im Zimmer blieben, bekam er jedesmal einen Wutanfall, bis er eingeschlafen war. Die Eltern wurden angewiesen, den Jungen abends freundlich und ungezwungen ins Bett zu bringen und sofort das Zimmer zu verlassen, die Tür abzuschließen und nicht zurückzukehren. Nach Einführung dieser Methode weinte und wütete das Kind anfangs, wenn die Eltern das Zimmer verließen. Nach 10 Tagen weinte es nicht mehr. Doch trat nach einer Woche wieder einmal ein Wutanfall auf, und die Tante verstärkte ihn, indem sie im Zimmer blieb, bis der Junge eingeschlafen war. Der Extinktionierungsvorgang wurde wieder aufgenommen und nach neun Abenden trat das Fehlverhalten nicht mehr weiter auf.

Wir sehen an diesem Beispiel, daß ein gelegentlicher Rückfall in das Fehlverhalten unter keinen Umständen beachtet und verstärkt werden darf.



Vermeidungs- und Rückzugsverhalten sind im allgemeinen schwerer zu löschen, da solches Verhalten negativ verstärkt wurde. Mit Vermeidungs- und Fluchtreaktionen will das Kind einem aversiven oder schmerzhaften Reiz ausweichen. Der Abbau dieses Fehlverhaltens würde zunächst Angst hervorrufen, und diese würde weitere Reaktionen hervorrufen, um die aversiven Reize zu vermeiden. Die ständige Wiederholung macht hier das Fehlverhalten sehr resistent.

Im folgenden werden die fünf wichtigsten Methoden zum Abbau von Fehlverhaltensweisen kurz angeführt und erläutert: die Sättigung und die negativen Praktiken, der Verstärkungsentzug, die Bestrafung, der soziale Ausschluß und der Abbau durch inkompatibles Verhalten und Desensibilisierung.

Die Sättigung und die negativen Praktiken. Kindern, die Interesse am Rauchen haben, gibt man eine ganze Schachtel und fordert sie auf, die Schachtel möglichst hintereinander auszurauchen. Nachdem sie die ganze Schachtel Zigaretten geraucht haben, wird ihr Interesse am Rauchen in der Regel abnehmen. - Mit Kindern, die gerne naschen und viel Süßigkeiten lutschen, geht man ähnlich vor. Auch hier kann man dann oft eine Abschwächung der Lutsch-Lust erkennen. Viel von einer Sache führt zur Sättigung. Zugleich wird der Reiz des Heimlichen aufgehoben. Beim Rauchen kommt noch hinzu, daß anfangs zehn oder fünfzehn Zigaretten nacheinander geraucht, leicht zu einem aversiven Reiz werden.

Ähnlich wie die Reizübersättigung wirken negative Praktiken. Kinder, die ein Fehlverhalten, wie Nägelkauen, Haare zupfen, sich im Gesicht kratzen usw. zeigen, werden aufgefordert, das Verhalten immer wieder zu äußern. Auch beim Stottern hat man gelegentlich mit dieser Methode Erfolge erzielt. Für die Wirksamkeit dieser Methode gibt es drei Gründe: Die Reaktion wird gelöscht, weil sie nicht länger mit Angst verbunden ist, weil die ständige Wiederholung zur Ermüdung führt und die Reaktionsäußerung aversiv wird und weil das Fehlverhalten jetzt nicht mehr automatisch erfolgt, sondern der bewußten Kontrolle zugänglich gemacht wurde.

Ein Kind der dritten Klasse ahmte häufig Tierlaute nach und störte so den Unterricht. Die Lehrerin wies auf Anraten des Schulpsychologen das Kind an, sich in ein leeres Zimmer neben dem Klassenraum zu setzen und zehn Minuten lang Tierlaute nachzuahmen. Sobald das Kind die Nachahmungen unterbrach, forderte die Lehrerin es auf, weiterzumachen. Nach mehrmaligen Prozeduren dieser Art ahmte das Kind keine Tierlaute mehr im Klassenzimmer nach.

Verstärkungsentzug. Im Unterschied zur Extinktion, bei der die Verstärkung nach der ersten Reaktionsäußerung vollkommen eingestellt wird, geht es beim Verstärkungsentzug darum, dem Kind ein mit einer beliebten Tätigkeit zusammenhängendes Fehlverhalten zu unterbinden, indem man die beliebte Tätigkeit nicht mehr zuläßt. Kindern, die zum Beispiel sehr gern Monopoly spielen, sich dabei aber jedesmal zanken, wird das Spiel verboten. Durch diesen reaktionsabhängigen Verstärkungsentzug nimmt die Neigung zum Streiten ab.

Es kann aber auch ein nicht mit der Reaktionsäußerung zusammenhängender Verstärker entzogen werden. Ein Kind zeigt ein Fehlverhalten, und ihm wird z. B. untersagt, am kommenden Tag eine beliebte Fernsehsendung anzuschauen.

Der entzogene Verstärker sollte allerdings in einem Verhältnis zum Fehlverhalten stehen, sonst ist es möglich, daß die erzeugten emotionalen Zornreaktionen die Wirkung weniger vorhersehbar machen. Eine Regel gilt allgemein: Je stärker der entzogene Verstärker ist, desto wahrscheinlicher wird die gewünschte Wirkung erreicht.

Bestrafung. Skinner rechnet den eben angeführten 'Entzug eines positiven Verstärkers' oder die 'Abwendung eines negativen Verstärkers' zur Bestrafung. Wenn der Laie von Strafe spricht, denkt er meistens an die Anwendung eines aversiven Reizes (mißbilligen, drohen, schimpfen, schlagen).

Eine Strafe, die in Form eines aversiven Reizes verhängt wird, kann das Verhalten vorübergehend unterdrücken. Sobald die Strafe jedoch ausgesetzt wird, tritt das bestrafte Verhalten wieder auf. Man wäre dann gezwungen, eine härtere und länger wirksame Strafe anzuwenden.

Solche Strafen erzeugen leicht ein anderes Fehlverhalten, wie Aggression oder Meidungsverhalten, Lügen, um der Strafe zu entgehen. Die Wirkung von Strafen ist also nicht immer vorauszusehen.

Wichtig ist, daß die Strafe im Zusammenhang mit dem Fehlverhalten steht. Das bestrafte Kind muß genau wissen, welches Verhalten gewünscht wird. Es muß fähig sein, dieses Verhalten zu äußern. Bestrafung sollte der Äußerung des Fehlverhaltens sofort folgen. Außerdem muß das gewünschte Verhalten verstärkt werden.

Zusammenfassend gesehen ist die Anwendung negativer Verstärkungen oder körperlicher Strafen fragwürdig. "Es soll hier nicht behauptet werden, daß derartige Erziehungsmittel in jedem Falle wirkungslos bleiben. Die Eltern erzielen mit ihrer Maßnahme aber noch einen anderen, sicherlich nicht erstrebten Effekt. Die Kinder tendieren nämlich dazu, das aggressive Verhalten der strafenden Erwachsenen zu imitieren ... Ob eine Strafmaßnahme den erwarteten Erfolg bringt, hängt davon ab, ob dem Lernenden eine alternative Verhaltensweise ermöglicht wird, die zu einer Belohnung führt." (Mietzel, G.: Pädagogische Psychologie. Göttingen 1973, S. 200, 314)

Sozialer Ausschluß. Mit sozialem Ausschluß oder 'time-out' bezeichnet man eine Variante des Verstärkungsentzugs. Das Kind wird aus einer Situation ausgeschlossen, in der Verstärkung seines Fehlverhaltens wirksam ist:

Ein Schüler der zweiten Klasse spielt den Klassenkasper. Er steht z. B. von seinem Platz auf, tut so, als suche er etwas im Gang. Ein anderer Schüler stört seinen Vordermann beim Lesen und Schreiben. Der Schüler wird verwarnt. Es wird ihm mitgeteilt, daß er fortan, wenn er die Klassenarbeit stört, in einem leeren Zimmer nebenan sich aufzuhalten hat. In dem time-out-Zimmer wird die Verstärkung, die er normalerweise von den Klassenkameraden erhält, beendet. Allerdings ist diese Methode wenig erfolgreich, wenn der Schüler nicht für gewünschtes Verhalten verstärkt wird. Die Isolation sollte in der Regel auf zehn bis fünfzehn Minuten beschränkt sein. Bei beliebiger Verlängerung könnten die Schüler starke negative Reaktionen auf das Verfahren entwickeln. Zu beachten ist, daß das time-out-

immer leer ist. So wurde z. B. einmal ein Schüler im Kartenzimmer isoliert. Da er sich besonders für Geographie interessierte, er gern Karten studierte, war diese Isolierung für ihn eine Belohnung. Der erwünschte Effekt konnte also nicht erreicht werden.

Inkompatibles Verhalten und Desensibilisierung. Diese von Wolpe und Lazarus entwickelte Methode zur Verhaltensänderung ist unter der Bezeichnung reziproke Hemmung oder Desensibilisierung bekannt. Sie wird vor allem bei Phobien und sozialen Ängsten angewandt. Der Grundgedanke ist: Angst ist immer mit Erregung verbunden. Wenn der Ängstliche fähig ist, sich Angstobjekte und Angstsituationen in entspanntem Zustand vorzustellen, wird Angst abgebaut. Die Entspannung ist inkompatibel mit Angst.

Die Klienten lernen bei dieser Methode, über ein regelrechtes Entspannungstraining sich jederzeit zu entspannen.

Es braucht hier nicht näher auf die Methode eingegangen zu werden, da sie im Zusammenhang mit der Darstellung der Therapien ausführlich behandelt wurde.

Ich will hier abschließend nur noch ein Beispiel, das Lazarus und Abramovitz bringen, erwähnen (Lazarus, A. A. u. Abramovitz, A.: The use of 'emotive imagery' in the treatment of children's phobias. J. of Mental Science, 108, 1962, S. 191 - 195). Sie behandelten neun phobische Kinder durch Anwendung gefühlerregender Phantasiebilder anstelle von Entspannung. Es wurden Ranglisten von der am meisten bis zu der am wenigsten gefürchteten Situation aufgestellt. Die angstauslösenden Ereignisse wurden in eine den Kindern bekannte Geschichte, in der ihr Liebesheld auftrat, eingeflochten. Die mit der spannenden Geschichte verbundene Erregung war inkompatibel zu ihrer phobischen Erregung. Von den neun behandelten Kindern überwand sieben ihre Angst bereits nach drei Sitzungen.

Rückblickend dürfte deutlich geworden sein, daß für den Abbau von Fehlverhaltensweisen verschiedene wirksame Methoden eingesetzt werden können.

#### 4. Die Förderung der Verständnisentwicklung

Das Kind muß bestimmte Reaktionen und genaue Bedeutungen lernen, eine Kenntnis der Wirklichkeit erwerben, die die Kultur geschaffen hat und akzeptiert. Diese Aneignungs- und Anpassungsprozesse werden über das reproduktive Lernen erworben.

Das Kind muß aber auch lernen zu denken, zu urteilen, zu verstehen und zu erklären, ist doch der gebildete Mensch unter anderem ein Mensch, der nachdenkt und fähig ist, sich reflexiv mit den Problemen des Lebens zu beschäftigen. Dazu ist es erforderlich, ein Verständnis für die Prinzipien zu erwerben, die das Verhalten und Handeln der Menschen einer bestimmten Kultur leiten. Die hier wirksame Lernform geht über diejenige, die für den Wissenserwerb gültig ist, hinaus. Hier wird produktives und kreatives Lernen herausgefordert.

Es geht darum, daß das Kind denken lernt. Ein Kind denkt, wenn es auf eine Beziehung oder auf eine Verallgemeinerung in seinen Erlebnissen reagiert. Denken bedient sich zumeist symbolischer Vorstellungen. Das Kind reagiert damit auf einen Wirklichkeitsaspekt vermittels eines gedanklichen Ersatzes dieser Wirklichkeit. Die Sprache ist eine wichtige Form der symbolischen Vorstellung. Viele, vor allem komplexere Denkprozesse, schließen den Gebrauch der Sprache ein.

Die Analyse der Denkprozesse ist schwierig, da Denken eine verdeckte Tätigkeit ist, also auf nicht sichtbare Weise stattfindet. Wir haben aber die Möglichkeit, die sichtbaren Reaktionen zu analysieren. Auf diese Weise können wir die Form und Struktur des Gedankenprozesses ableiten.

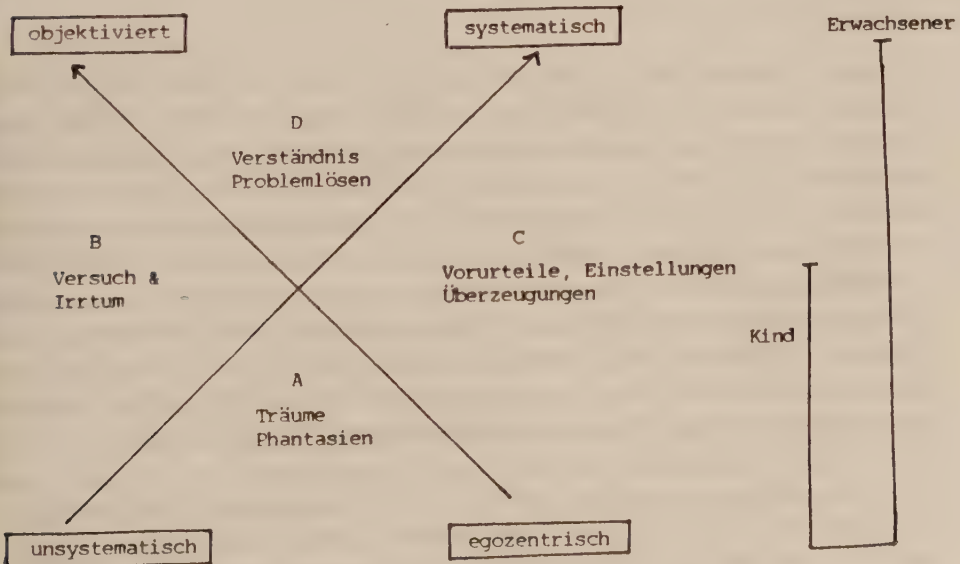
Die Gedanken klassifizieren wir nach zwei Kriterien: dem Maß, in dem der Gedanke ziellos oder folgerichtig ist, und dem Maß, in dem der Gedanke egozentrisch oder sachlich ist. Ziellos sind Gedanken, die assoziativ ablaufen, die abschweifen, zu keiner geordneten Gedankenkette verbunden sind. Folgerichtiges Denken ist an Sachverhalten und Problemstellungen orientiert, führt zu einer Aussage oder Problemlösung. Egozentrisch ist ein Gedanke, bei dem das Kind ganz aus seiner subjektiven Sicht und momentanen Lagebefindlichkeit, aus seinen Bedürf-



nissen und Stimmungen heraus etwas wahrnimmt, beurteilt und wertet. Sachlich ist ein Gedanke, der sich an der Logik, die vom gesellschaftlichen Leben geschaffen wurde, an dem Denken auch der anderen Menschen orientiert, das den Erfordernissen von Kontrolle und Richtigkeit, die sich durch Erläuterungen, Belehrungen und Argumente ergeben, entspricht.

Wenn man die zwei Dimensionen des Denkens miteinander kombiniert, kommt man zu einer vierfachen Klassifikation:

- 1) egozentrisch-planlos (Träume, Phantasien),
- 2) egozentrisch-planvoll (Vorurteile, Einstellungen und viele Überzeugungen),
- 3) objektiviert-planlos (Versuchs- und Irrtumsverhalten),
- 4) objektiviert-planvoll (Verständnis, Lösen von Aufgaben und Problemen).



(Vgl. Eson, M. E.: Psychological foundations of education, NY 1964, S. 92)

Die Unterscheidung der vier Denkformen ist etwas künstlich. In Wirklichkeit ist Denken ein fließendes Geschehen, das streckenweise in getrennten Bahnen verläuft, um dann wieder zusammenzulaufen, das oft auf niederem Niveau beginnt und dann zu höheren Stufen aufsteigt. Manche Lösung eines wissenschaftlichen Problems hatte ihren Ursprung im plan- und ziellosen Versuch-Irrtum-Denken oder im Spiel der Phantasie.

Das Denken der Kinder verläuft oft planlos und egozentrisch. Das Denken der Erwachsenen ist sachlicher und planvoller, jedoch nicht ganz frei von den Merkmalen unreiferen impulsiven Denkens.

Problemlösung dient der Verständnisenwicklung. Problemlösen heißt: angemessen auf Reize reagieren, Dinge und Merkmale unterscheiden, kurz sich orientieren. Aber die Orientierung ist nur eine Vorstufe des Problemlösens. Zum Problemlösen kommt das Kind, wenn es einen Zusammenhang durchschaut, eine Beziehung erkennt, für einen Sachverhalt eine Erklärung findet.

Im Spiel spiegelt das Kind seine Umwelt wider. Es lernt an den übernommenen Rollen, wie Erwachsene mit den Dingen umgehen. Dabei eignet es sich Kenntnisse und Fertigkeiten an. Im Spiel analysiert und reproduziert es Lebenserscheinungen. Im Spiel wird das Kind auch zum produktiven Denken herausgefordert. Es ahmt nicht getreu Vorbild und Wirklichkeit nach, es verändert auch die Wirklichkeit. In den Variationsmöglichkeiten liegt für das Kind der Reiz des Spiels. Im Spiel vermag das Kind auch, seine Spannungen und Konflikte darzustellen und sich zu entlasten. Die Sinneserfahrungen bilden die Basis für die Entwicklung des Denkens. Kleinen Kindern sollte daher viel Gelegenheit zur Erkundung und zum Experimentieren geboten werden.

Bis zum siebten Lebensjahr sind sich die Kinder über ihr Selbst, ihr Denken und Urteilen im allgemeinen nicht bewußt. Fragt man Sechs-Siebenjährige, worüber sie in der letzten Woche nachgedacht und gesprochen hätten, so erhält man Antworten, die darauf hinweisen, daß sie sich zwar ihrer Tätigkeit bewußt sind, jedoch keine Anzeichen reflektierenden Denkens zeigen: 'Ich spielte mit dem Ball'; 'Ich

half meiner Mutter beim Saubermachen'; 'mein Vater nahm mich im Auto mit', usw. Die Antworten weisen im Hinblick auf das Denken auf ein fehlendes Selbstbewußtsein oder mangelhafte Selbstreflexion hin. Zwischen sieben und zehn Jahren steigt die Selbstbewußtheit allmählich an, und das Kind wird sich der Gedankenprozesse, die in ihm vorgehen, ein wenig bewußt. Es ist für das Kind schwierig, einen Prozeß, dessen es sich so wenig bewußt ist, bewußt zu korrigieren.

Wenn man einem fünfjährigen Kind ein Bild zeigt, auf dem eine Wiese mit hohem Gras, durch einen Zaun eingegrenzt, abgebildet ist und ihm sagt, man habe auf der Wiese seine Geldbörse verloren, es solle sie suchen und finden, so zeigt oder zeichnet es z. B. folgenden Weg ein und behauptet, es habe sie gefunden.



Dem Kind fehlt noch das Bedürfnis nach Verifikation.

Es gibt kein größeres Hindernis für Entdeckung und Ausdauer beim Problemlösen als die Zufriedenheit mit einer unvollständigen und unzureichenden Antwort. Der Mangel an Verständnis wird durch die Reaktion des Kindes veranschaulicht. Goldstein beschreibt einen ähnlichen Mangel bei den Gedankenprozessen hirngeschädigter Patienten. Er bezeichnet ihn als 'sekundäre Starrheit' und charakterisiert diese als das Vorziehen einer unrichtigen statt keiner Antwort, wenn die Patienten mit einem schwierigen Problem konfrontiert werden (Goldstein, K. u. Scheerer, M.: Abstract and concrete behavior. Psychol. Monogr. 53, 1941).

In Problemsituationen werden Informationen unterschiedlich aufgenommen und verarbeitet. Aus zur Verfügung stehenden Informationen wird unterschiedlich gelernt. Es erfolgt eine zufällig beiläufige Informationsaufnahme mit zunehmender Informationsanhäufung nicht verbun-

dener, das Gedächtnis belastender Fakten und eine nach Zusammenhängen suchende, in der Prüfung von Hypothesen fortschreitende und dabei Irrelevantes ausschließende Konzentration auf das noch Unbekannte. Bruner bezeichnet diese beiden Lernprozeßniveaus als episodic empiricism und cumulative constructionism (Bruner, J. S.: The act of discovery. In: Anderson, D. P. u. Ausubel, D. P., Eds.: Readings in the psychology of cognition. NY 1965, S. 610). Das Kind ist zu einem Lernverhalten anzuleiten und zu ermutigen, das Informationen nicht einfach aufnimmt, sondern jeweils nach Zusammenhängen sucht, Ordnungen herstellt und nach Folgerungen fragt. Ziel ist der Aufbau kognitiver Strukturen, die die Kinder zu einer konstruktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt und zu gedanklichen Operationen befähigen. Für diese Aufgabe und Leistung ist die Schule bzw. sind die Lehrer verantwortlich. Verständnis in Sach- und Tatverhalten erreichen wir nicht durch Kenntniserwerb, sondern durch Erkenntnisgewinn.

E. B. Hurlock gibt in ihrem Buch 'Die Entwicklung des Kindes' (Weinheim 1970) in dem Kapitel 'Entwicklung des Verstehens' (S. 416 - 468) einen guten Überblick über die Entwicklung des kindlichen Verständnisses. "Die Art der Anpassung, die ein Kind an das Leben vornimmt, wird stark beeinflußt von seinem Verständnis für seine Umgebung, für die Menschen in seiner Umgebung und sich selbst." (S. 417) Das Kind lernt Gefahren und seine körperlichen und geistigen Möglichkeiten und Grenzen kennen. Das Verständnis spiegelt sich in den Vorstellungen der Kinder in den Vorstellungen vom Lebendigen, Nichtlebendigen und vom Tod, von Raum, Zeit und Kausalität, von Rivalität und Solidarität, von Armut und Reichtum, von Krieg und Frieden, von sich selbst. Auf einige dieser Vorstellungen - ihre Entwicklung und Förderung - geht Hurlock genauer ein. Doch zuvor noch einige allgemeine Bemerkungen zu den Vorstellungen.

Vorstellungen folgen aus der Verarbeitung und Verbindung getrennter Sinneserfahrungen. Sie fassen das, was das Kind an Auffälligkeiten und Gemeinsamkeiten verschiedener Gegenstände oder Situationen auf faßt, zusammen. Vorstellungen sind nach Vinacke - auf den sich Hurlock bezieht - "Systeme kognitiver Organisationen, vermittelt derer überdauernde Eigenschaften zurückliegender Erfahrungen auf einen gegen-

wärtigen Reiz bezogen werden ... Es handelt sich um subjektive Systeme, die zusammen mit den Einstellungen die Reaktionen kontrollieren. Sie stellen die Ordnung von Erfahrungsmaterial dar und bestimmen die Bedeutung der Objekte ... Sie entwickeln sich während des Lernprozesses, wobei sie komplexer werden und im allgemeinen mit zunehmendem Alter auch differenzierter und effizienter."

(Vinacke, W. E.: Stereotypes as social concepts. J. soc. Psychol. 46, 1957, S. 229 - 243) Vorstellungen können sich auf Gegenstände beziehen, auf Menschen, auf Eigenschaften, wie gut und böse, bekömmlich-giftig oder auf Beziehungen, wie 'über' oder 'unter', 'nah' oder 'fern'!

Fünf Eigenschaften der Vorstellungen sollen hier kurz beschrieben werden:

1) Vorstellungen sind symbolisch. Sie beziehen sich auf vergangene, auf ferne, also abwesende oder zukünftige Gegenstände, Situationen und Ereignisse. Aber auch in den Hier und Jetzt stattfindenden Wahrnehmungen ist stets eine Beimischung von Vorstellungen und damit von Subjektivität. Wir machen uns von dem, was uns begegnet, was wir uns wünschen und was wir befürchten, ein Bild. Vorstellungen gehen über die Wahrnehmungen hinaus. "Wir sehen nur die Vorderseite eines Dinges, aber wir ergänzen das Gesehene dank der Wirksamkeit unserer Vorstellungen auch in den Teilen, die der sinnlichen Wahrnehmung nicht unmittelbar erschlossen sind. Das Bild des Apfels wird erlebt als Bedeutsamkeitsganzes, zu dem auch sein Geschmack und Nährwert gehören, Eigenschaften also, die wir beim Anblick des Apfels gar nicht sinnlich wahrnehmen." (Lersch, Ph.: Aufbau der Person. Mchn. <sup>8</sup>1962, S. 401) Das gemachte Bild enthält also mehr als die Wahrnehmung. In der Vorstellung kommt ~~der zusammenfassende und verdichtende~~ Aspekt des Symbols zum Ausdruck. Die Vorstellung enthebt uns auch der wahrnehmungsmäßigen Gebundenheit an das unmittelbar Gegebene. "Hier tritt die anthropologische Bedeutung der Vorstellungen klar in Sicht. Wären wir nur sinnlich wahrnehmende Wesen, dann wäre der gegenständliche Horizont unseres Erlebens wie der des Tieres auf das Hier und Jetzt beschränkt. Daß wir aber die Fähigkeit des vorstellenden Vergegenwärtigens haben, das befreit uns aus der Gebundenheit im Hier und Jetzt und verleiht uns Weltoffenheit und Weltfreiheit." (Lersch, S. 401)



An anderer Stelle weist Lersch darauf hin, daß die Vorstellungen in einem anderen Wirklichkeitsbezug als die Wahrnehmungen stehen. Der Leibhaftigkeit der Wahrnehmungen steht die Abbildhaftigkeit der Vorstellungen gegenüber.

2) Vorstellungen sind emotional getönt. Mit vielen unserer Vorstellungen sind Erwartungen, Hoffnungen oder Befürchtungen verbunden. Hier ist der Zusammenhang von Emotion und Vorstellung offenkundig. Darüber hinaus haben alle Vorstellungen eine emotionale Beimischung. "Obwohl sich Vorstellungen durch Erfahrung bilden, lernt der einzelne auch, welchen Wert jeder der Gegenstände und Kräfte für ihn hat, weil er erlebt, wie sie ihn beeinflussen. Dieser Sinn für Wert wird zu einem Teil jeder Vorstellung und bestimmt, welche Emotion er mit der Vorstellung verbindet. Das beeinflußt im allgemeinen sein Verhalten gegenüber dieser Sache." (Woodruff, A.D., Basic concepts of teaching. San Francisco 1961)

Wir befassen uns in unseren Vorstellungen mit Dingen, Personen und Ereignissen, die uns etwas bedeuten. Die emotionale Befindlichkeit wird durch begleitende Vorstellungen oft gestützt, vertieft und verdeutlicht, etwa bei Freude und Trauer, Vertrauen und Mißtrauen, Dankbarkeit und Schadenfreude, Scham und Reue, Sympathie und Antipathie, Erwartung und Hoffnung, Befürchtung und Sorge, Resignation und Verzweiflung.

Zwischen Vorstellungen und Emotionen besteht eine Wechselwirkung. Häufig gehen Vorstellungen den Gefühlen voraus. Die Vorstellung, in der Prüfung zu versagen, führt zur Prüfungsangst und zu Prüfungsversagen, die Erfolgsvorstellungen führen zum Erfolg und zur Erfolgsfreude. Bei der nachgewiesenen Macht des positiven Denkens handelt es sich genauer gesehen um die Macht positiver Erwartungsvorstellungen. Das Phänomen der sich selbst erfüllenden Prophezeiung beruht auf der Wirksamkeit von entsprechenden Vorstellungen. Wir sollten also achtsam mit unseren Vorstellungen umgehen. Da Vorstellungen zumeist auch mehr oder weniger deutlich und ausführlich sprachlich formuliert werden, sollten wir auch auf unsere Selbstgespräche achten. Bei der Darstellung der kognitiven Therapien wurde mehrfach auf diese Zusammenhänge hingewiesen.

### 3) Vorstellungen vervollkommen sich mit wachsender Erfahrung.

Dabei spielt das Benennen von Dingen und ihren Eigenschaften, Vorgängen und ihren Ursachen eine größere Rolle. Die Vorstellungen sind um so vollständiger und genauer, je größer der Wortschatz des Kindes ist und je genauer es die Bedeutung von Wörtern erfaßt. Der Sprachentwicklung und -förderung kommt also - besonders in der Kleinkindheit und im Vorschulalter - eine besonders große Bedeutung zu.

Da Alter und Erfahrung zusammenwirken, hat das ältere Kind andere und vollständigere Vorstellungen als das kleine Kind. Weiter ändern sich die Vorstellungen häufig durch eine Folge bestimmter Erfahrungen, die zugleich Lerngelegenheiten bietet. "In einer Untersuchung darüber, welche Vorstellungen Kinder von verschiedenen inneren Organen haben (wie z. B. von Lunge und Magen), stellte sich heraus, daß nur eine geringfügige Beziehung zwischen dem Intelligenzalter und dem chronologischen Alter eines Kindes und seinen Vorstellungen besteht. Auf der anderen Seite bestand eine deutliche Korrelation zwischen den Vorstellungen eines Kindes und den Kenntnissen seiner Eltern. Es bestand ebenfalls eine hohe Korrelation zu dem, was das Kind in der Schule über die Körperfunktionen gelernt hatte." (Nagy, M.H.: Children's conceptions of some bodily functions. J. genet. Psychol. 83, 1953, S. 199 - 216 - zitiert nach Hurlock, S. 423) Vorstellungen der Kinder von der Geburt korrelieren hoch mit der Menge und Art der geschlechtlichen Aufklärung (Nagy, M. H.: Children's birth theories. J. genet. Psychol. 83, 1953, S. 217 - 226).

Das Neugierverhalten ist als solches nicht auf einen bestimmten Gegenstands- und Verwertungsbereich beschränkt. Es ist ein zweckfreies Sammeln von Kenntnissen und Erkenntnissen und ein Ausprobieren von beliebigen Möglichkeiten (vgl. Martens, E.: Das Prinzip der Neugier in der Pädagogik. Westermanns Päd. Beitr. 25, 1973, 5, S. 336 - 342). Neugier entspringt jenem Verhaltensbezirk, in dem Spiel und Arbeit, Kunst und Wissenschaft, Theorie und Praxis noch nicht geschieden sind. Die heute im offiziellen Schulbetrieb anzutreffende Kanalisierung der Bedürfnisse - man denke nur an die Einteilung in Haupt- und Nebenfächer - verhindert die Entwicklung von Begabungen.

Auf wissenschaftstheoretischer Ebene wird dieses Problem von Helmut Seiffert in seinem dritten Buch zur Wissenschaftstheorie erörtert (Seiffert, H.: Marxismus und bürgerliche Wissenschaft. Mchn. 1971). Wir können in der Wissenschaft nicht durchgängig und von vornherein entscheiden, welche Erkenntnis wichtiger und weniger wichtig, mehr oder weniger praxisrelevant ist. Wir müssen möglichst auf breiter Front vorgehen, um die weiterführenden Wege zu entdecken. "Erst durch eine umfassende Kenntnis der tatsächlich existierenden ... Ansätze können wir beurteilen, mit welchem Gegenstand sich eine nähere Beschäftigung lohnt und mit welchem nicht. Wir können also gar nicht anders, als nach dem Grundsatz handeln: 'Prüfet alles und behaltet das Beste!' Denn das Beste finden wir eben nur dadurch, daß wir alles prüfen." (a. a. O. S. 192)

Die heute weitverbreitete Schulmüdigkeit hat eine ihrer Hauptursachen darin, daß die Schule das Neugierverhalten der Schulanfänger schrittweise immer mehr eindämmt und die Kinder zu ausschließlich mit einem Wissen versorgt, das seinen Nutzen später einmal erweisen soll. Spiel und Kreativität, wichtige Momente des wirkungsvollen Denkens und Handelns, sind in den Lehrbüchern und Klassenzimmern unserer Schulen kaum zu entdecken.

Es ist an der Zeit, daß sich die Pädagogen mehr mit dem Einbau des 'Prinzips Neugier' in die Didaktik und Unterrichtsgestaltung befassen. Das setzt voraus, daß man dem entdeckenden Lernen breiteren Raum gewährt.

Das kognitive Lernen zielt auf Inhalte, Begriffe, Wissen und Verständnis; das emotionale Lernen zielt auf den Erwerb von Haltungen. Diese Trennung ist allerdings künstlich. "Denn jeder gelernte Inhalt stärkt sowohl die Fähigkeit zur Begriffsbildung wie auch das Gefühl der Geborgenheit in der Welt und fördert dadurch die Entwicklung positiver Eigenschaften und Haltungen; und jede adäquate Haltung erweitert nicht nur den Bezirk und die Reichweite des Handelns, sondern auch das Feld lernbarer Inhalte und möglicher Begriffe." (Frankenstein, C.: Persönlichkeitswandel durch Fürsorge, Erziehung und Therapie. Mchn. 1964, S. 75)

Für produktives Lernen scheinen vier Gesichtspunkte wichtig zu sein: das Aufgreifen und Fördern des dem Kinde im Vorschulalter eigenen Neugierverhaltens, der Einsatz der ebenfalls beim Kinde ausgeprägten Phantasie, die Beachtung und Betonung der affektiven Lernelemente, die Einsichtsvermittlung, daß Lernende für ihr Lernen verantwortlich sind.

Da die Phantasie zum Bereich der Vorstellungen gehört, soll darauf kurz eingegangen werden. Zusammenhänge entdecken und herstellen geschieht nicht nur auf den Wegen der Induktion und Deduktion, sondern auch mit Hilfe der Phantasie. Es geht dabei nicht nur um eine Erweiterung des Bewußtseins, sondern auch um eine Qualitätsveränderung des Bewußtseins, eine Veränderung seiner Funktionsweise. Diese ist nur möglich auf der Grundlage einer entwickelten Beziehungsfähigkeit. Wo diese unter- und unentwickelt ist, fehlt der Mut zum Entdecken und zum Imaginieren. Gerade hier ist aktivierendes und entdeckendes Lernen besonders wichtig. Die Phantasie ist der Vorläufer der Abstraktionsfähigkeit; sie führt zur Entdeckung neuer Zusammenhänge.

Ohne auf die breite Diskussion zum sog. entdeckenden Lernen näher einzugehen, sollen hier nur noch die Anregungen Bruners Erwähnung finden. Nach ihm haben Schule und Unterricht folgende Ziele anzustreben bzw. die Schüler zu folgenden Lernaktivitäten zu motivieren und zu befähigen:

- Verhaltensbereitschaft, über gegebene Informationen hinauszugehen, Interpolationen und Extrapolationen als Verhaltensgewohnheit praktizieren.
- Differenzierung oder Umstrukturierung des Ausgangswissens, Erkennen von Beziehungszusammenhängen und Aufbau ordnender Kategorien.
- Erleben der Fähigkeit, Probleme zu lösen, Erfahrung der Kompetenz als intrinsische Motivation für ein selbständiges Denken.
- Erwerb von problem- und sachspezifischen Lösungswegen und Arbeitstechniken; Bereitschaft, Einsichten zu ergänzen und zu revidieren.
- Klarwerden über das eigene Tun, über das Ergebnis und die Konsequenzen eigenen Denkens.
- Erproben der Reichweite und der Anwendbarkeit des Gelernten, um das Gelernte in ähnlichen Problemsituationen angemessen übertragen zu können.



Bei allen Denkleistungen kommt es auf klare Begriffsbildung, gewissenhafte Interpretation von Daten und auf behutsame Anwendung von Regeln an (vgl. Bruner, J. S.: Some elements of discovery. In: Shulman, L. S. u. Keislar, E. R., Hrag.: Learning by discovery. A critical appraisal. Chicago 1966, S. 101 - 113. Riedel, K.: Lehrhilfen zum entdeckenden Lernen. Hannover 1973, S. 19 ff.).

4) Vorstellungen sind oft beharrlich und hartnäckig. In der Aussage, sich ein Bild von etwas machen, wird angedeutet, daß Vorstellungen ein Produkt geistiger Tätigkeit sind. Wir investieren also bei der Bildung von Vorstellungen eine gewisse geistige Energie. Da unser Gehirn äußerst ökonomisch arbeitet, neigt es dazu, keine Energie zu verschwenden; es ist nur widerstrebend bereit, die produzierten Bilder abzuändern und aufzugeben. Hinzu kommt, daß die emotionale Tönung einer Vorstellung dem Kind eine Quelle der Befriedigung bietet, die eine Veränderung schwierig macht. Wissen sollten wir auch, "daß eine einmal gebildete Vorstellung nicht 'verschwindet', wenn ihr durch die Tatsachen oder durch eine Autorität widersprochen wird." (Kowitz, G. T. u. Tigner, E. J.: Tell me about Santa Claus: a study of concept change. Elem. Sch. J. 62, 1961, S. 130 - 133 - zit. nach Hurlock, S. 429) Eine Vorstellung bleibt so lange bestehen, bis sie von einer anderen Vorstellung ersetzt wird, die gleichermaßen befriedigend ist. Zur Aufgabe kann auch sozialer Druck und eine größere intellektuelle Reife beitragen.

Hurlock belegt die Beharrlichkeit von Vorstellungen an zwei anschaulichen Beispielen: "Wenn die Vorstellungen über Ostern in erster Linie auf den Glauben an den Osterhasen aufgebaut wurden, ist es oft schwierig, diesen Glauben durch einen Glauben, der auf der christlichen Bedeutung dieses Festes gründet, zu ersetzen. Die Kinder versuchen, ihren Glauben an den Osterhasen dadurch zu stützen (zu rationalisieren), daß sie angeben, den Osterhasen gesehen zu haben. Wenn sie diesen Glauben nicht mehr verteidigen können, reagieren sie oft negativ gegenüber ihren Eltern oder sogar auf die Vorstellung, daß Ostern ein wichtiges Ereignis sei. - Ähnlich verhält es sich mit dem Glauben an den Weihnachtsmann; erfahren Kinder, daß es ihn nicht gibt, so kommt es bisweilen zu Auße-



rungen wie: 'Demnächst erzählen mir die Eltern, daß es den lieben Gott nicht gibt'." (Hurlock, S. 429)

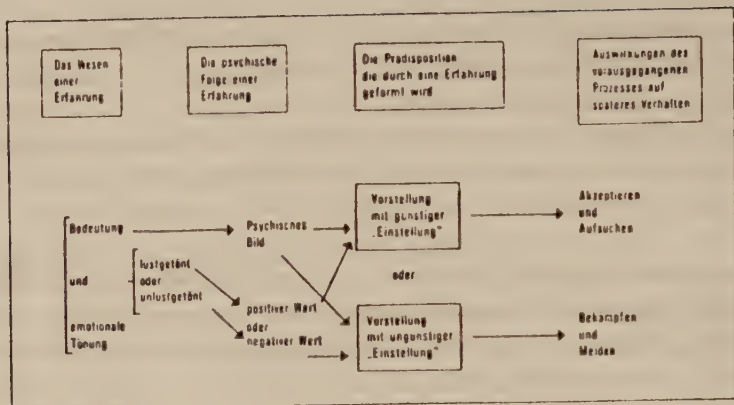
Mit z. T. sehr komplexen Bewahrungstendenzen und Verteidigungsmechanismen von einmal gebildeten Vorstellungen haben wir es in der Wissenschaftsgeschichte und in der Psychotherapie zu tun.

Wissenschaftliche Theorien werden von ihren Entdeckern zumeist mit hinhaltendem Widerstand und verzögerndem Rückzug gegenüber neuen Erkenntnissen und Theorien verteidigt. Überzeugend hat dieses Thema Thomas Kuhn in seinem Buch 'Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen' (Erkf. 1962) nachgewiesen.

In der Psychotherapie begegnen wir immer wieder Klienten, die hartnäckig an ihrem Fehlverhalten - z. B. an ihren zwanghaften Gedanken und Verhaltensritualen - festhalten. Verständlich wird dies, wenn man weiß, daß Zwangserrscheinungen emotional tief verwurzelt sind und jede Lockerung Angst aufsteigen läßt.

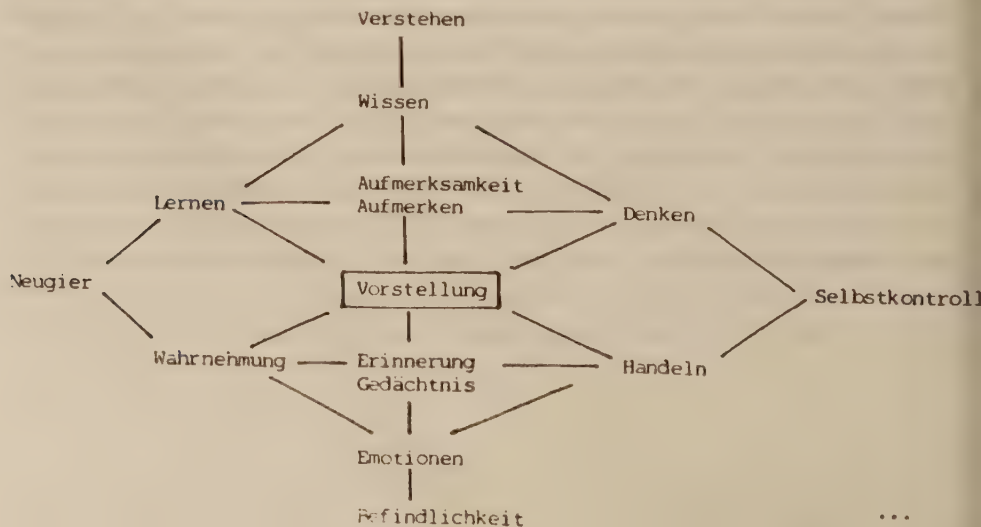
5) Vorstellungen sind kumulativ und komplex. Vorstellungen bilden sich um Wahrnehmungs-, Erfahrungs- und Erlebnisinhalte. So reichert sich z. B. die Erfahrung des kleinen Kindes mit seiner Mutter im Laufe der Entwicklung an. Um den Kristallisationskern 'Mutter' bilden sich gewissermaßen immer wieder mehr oder weniger eng miteinander verbundene Vorstellungskristalle. Die eng miteinander verbundenen Vorstellungen bilden einen sog. 'Vorstellungskomplex'. "Jeder Mensch trägt viele solcher, aus den verschiedenen Lebensepochen und Lebensgebieten stammenden, Vorstellungskomplexe in sich, und diese sind es, die dann in späteren Zeitpunkten das seelische Geschehen beeinflussen." (Stern, W.: Allgemeine Psychologie auf personalistischer Grundlage. Haag <sup>2</sup>1950, S. 284) Vorstellungen sind komplex und bestehen aus mehreren voneinander abhebbaren Charakteristika. Hurlock veranschaulicht dies an einem Schema (Hurlock, S. 418):

...



Da die Vorstellungen aufs engste mit dem Lernen und der Lerngeschichte des Menschen im Zusammenhang stehen, damit letztlich auch das Niveau eines Menschen bestimmen, ist es wichtig, das Kind dabei zu unterstützen, reichhaltige, angemessene, differenzierte Vorstellungen zu entwickeln.

Die Vorstellungen bilden gleichsam die Achse, um die sich die anderen elementaren psychischen Funktionen gruppieren. Es soll dies hier nur in einem Schema angedeutet werden. Das Schema macht zugleich deutlich, weshalb in der Kognitiven Psychologie und Therapie die Vorstellungen so viel Beachtung finden.



Nach diesem Aufweis einiger Vorstellungseigenschaften soll nur noch kurz auf die Vorstellung des Kindes von sich selbst eingegangen werden. Vorstellungen spiegeln nicht nur den Erfahrungsschatz, die sozial-kulturelle Lage und die Intelligenz des Kindes wider, sondern auch sein Selbstwertgefühl und seine Selbsteinschätzung, kurz sein Selbst.

"Die Vorstellungen ..., die ein Kind über sich selbst hat, gründen darauf, was die seiner Meinung nach wichtigen Menschen in seinem Leben - seine Eltern und Geschwister, seine Kameraden und Lehrer - von ihm denken. Die Vorstellungen werden so zu 'Spiegel-Bildern'." (Hurlock, S. 453) Dabei kann es zum Mißverstehen kommen. Die Eltern rügen z. B. ein Kind wegen seines Ordnungsverhaltens, da es seine Spielsachen nach dem Spiel nicht aufräumt. Die Eltern vergessen aber, das Kind zu loben, wenn es einmal seine Spielsachen aufräumt. Die Rüge bezieht das Kind dann nicht nur auf seinen Umgang mit Spielsachen. Es baut die Vorstellung von sich selbst als 'unordentlich' auf und glaubt schließlich, daß es minderwertig ist.

Eltern glauben oft, ihr Kind richtig zu erziehen, machen aber dabei folgenschwere Fehler. Einen Fehler haben wir eben angedeutet. Sie wenden sich dem Kind zumeist intensiv bei Fehlverhaltensweisen zu, beachten und anerkennen meist zu wenig das richtige Verhalten, wahrscheinlich, weil sie es als selbstverständlich ansehen. Die Eltern sollten wissen, daß angemessenes Verhalten stets eine Leistung ist.

Ernst zu nehmen ist die Tatsache, "daß wenige Erwachsene - weder Eltern noch Lehrer - versuchen, die Entwicklung der Vorstellungen übersich selbst beim Kind zu kontrollieren mit dem Ziel, daß sie sowohl realistisch als auch positiv sind. Die Folge ist, daß die Selbstvorstellungen sich zufällig entwickeln und viele falsche Vorstellungen umfassen." (Hurlock, S. 454)

In einem erweiterten Zusammenhang wären an dieser Stelle die vier Dimensionen förderlichen Erziehungsverhaltens zu diskutieren. Sie werden zumeist unter folgenden Begriffen dargestellt: liebevolle Zuneigung, akzeptierende Wertschätzung, einsichtsvolles Verständnis und stärkende Ermutigung.

Bei den im folgenden Abschnitt herausgestellten speziellen Implikationen werde ich mich nur auf die grundsätzlichen erzieherischen Zielangaben und Vorgehensweisen beschränken. Ich verzichte auf die Darstellung alters- und milieubezogener Besonderheiten, da ein solches von der Sache her sicher gefordertes Vorgehen bei weitem den Umfang dieser Arbeit überschreiten würde.

Betonen möchte ich, daß die grundlegenden sozialen und leistungsbezogenen Verhaltensmotivationen und -muster in den ersten sechs Lebensjahren entwickelt werden. Diese weitgehend anerkannte Erkenntnis ist wohl auch der Grund dafür, daß die Pädagogische Psychologie in den letzten dreißig Jahren zunehmend intensiver die Erziehung und Unterweisung der Klein- und Vorschulkinder und damit die Aktivitäten im familiären Bereich in ihr Beachtungs- und Forschungsprogramm aufgenommen hat.

## VII. Die zentralen pädagogischen Anliegen

Die pädagogischen Implikationen verweisen auf vier für die Persönlichkeit und Persönlichkeitsentwicklung entscheidende Funktionsbereiche, die aufs engste mit der Selbstwertproblematik, der Bewältigung sozialer und leistungsbezogener Aufforderungssituationen zusammenhängen: Selbstsicherheit, Lernbereitschaft, Selbstkontrolle und Sozialhaltung. Mit dem zuletzt genannten Begriff möchte ich herausstellen, daß wir bei aller sozialen Sensibilität und Aktivität die Aufgabe und Pflicht des sozialen Bestandes, also soziale Verantwortung, haben.

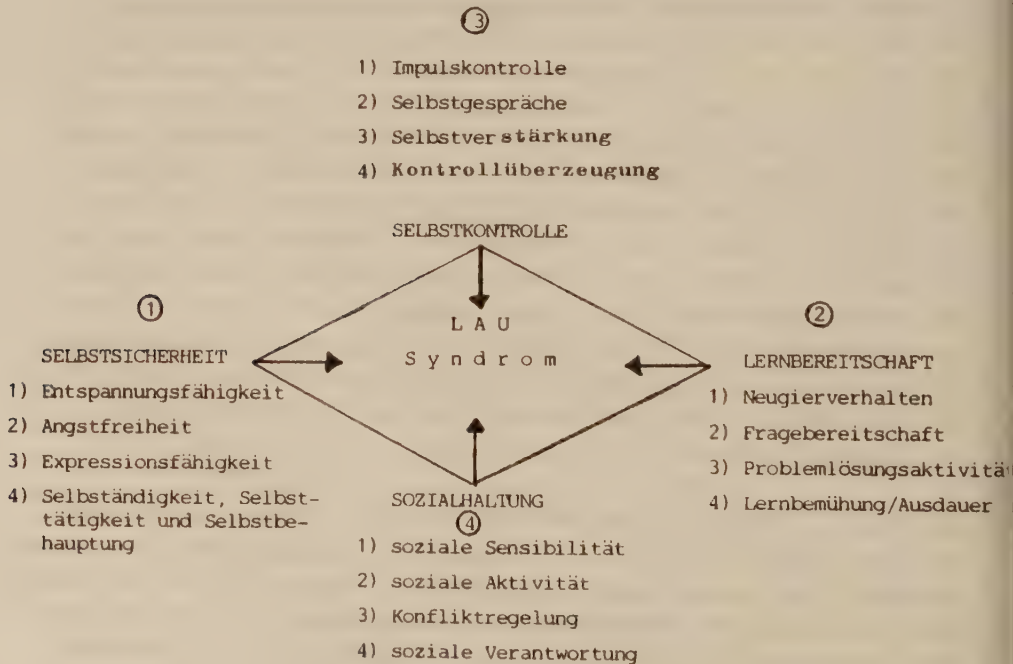
Die vier Funktionsbereiche stehen - wie schon angedeutet - in vielfacher Wechselwirkung. Dabei kommt dem ersten Bereich eine gewisse strukturelle und funktionale Priorität zu, gründet doch die Lernaktivität, der Drang nach mehr Wissen und Können, nach erweiternder Erfahrung und Kompetenz, nach Kontakt und Kommunikation in der mehr oder weniger deutlich empfundenen Gewißheit, über Lernbemühungen breitere und qualifiziertere Entscheidungs- und Beteiligungsmöglichkeiten zu erreichen. Die hier wirksame 'Hoffnung auf Erfolg' stützt sich auf Selbstvertrauen. Aber auch die für eine produktive Lebensführung so wichtige Selbstkontrolle hat ihre Wurzeln in der Selbstsicherheit. Aufgrund entwickelter Selbstwertgewißheit vermag der selbstsichere Mensch immer wieder einmal vorkommendes Verlieren und Versagen sich selbst - seinen noch nicht ausgearbeiteten Fähigkeiten und Geschicklichkeiten - zuzuschreiben. Damit sichert er sich zugleich die Kontrolle über weitere Geschehensabläufe im Unterschied zu selbstunsicheren Menschen, die Erfolge eher dem Zufall oder Glück als sich selbst zuschreiben, Mißerfolge aber dem Einfluß anderer oder äußerer Umstände (locus of external control).

Innerhalb der Pädagogik wurden die vier Implikationen von den Pädagogen seit längerer Zeit als Erziehung zur Selbständigkeit und Selbsttätigkeit, zum Aufbau einer Lernhaltung und Lernmotivation, zur Selbstbeherrschung und Irlickontrolle, zur Kommunikation und sozialen Kompetenz herausgestellt. Bereits J. J. Rousseau sah in der Erziehung zur Selbständigkeit das Leitmotiv der Pädagogik. Emile ist



erst dann gesellschaftsfähig, wenn er seine eigenen Kräfte voll entwickelt hat. Die Selbständigkeit garantiert die Freiheit der Verantwortung im sozialen Kontakt. Die Kognitive Verhaltenstherapie kann damit nichts Neues zu den schon vielfach erörterten Erziehungszielen beitragen. Die Implikationen sind einmal in der betonten Herausstellung der vier basalen Funktionsbereiche zu sehen und zum anderen in den detaillierteren erzieherischen Vorgehensweisen. Dieser letztere Gesichtspunkt kann nur zureichend verdeutlicht werden, wenn man die Kognitive Verhaltenstherapie im Zusammenhang mit der Klassischen Verhaltenstherapie - als eine fällige und folgerichtige Erweiterung dieser - betrachtet. Auch in der Kognitiven Verhaltenstherapie geht es letzten Endes um Verhaltensänderung, allerdings mit der Erwartung, daß verändertes Verhalten eine Änderung der affektiven Befindlichkeit und kognitiven Strukturiertheit herbeiführt.

Ich fasse die Ausführungen in einem Schema zusammen.



Die zentralen pädagogischen Anliegen werden jeweils in ihren Grund-  
zügen und in ihrer Bedeutung aufgewiesen. Die speziellen pädagogi-  
schen Maßnahmen können nur in Leitsätzen formuliert werden. Eine  
wünschenswerte und wohl auch erforderliche eingehende curriculare  
Bearbeitung würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten.

## 1. Die Förderung der Selbstsicherheit

Die Förderung selbstsicheren Verhaltens steht im Zentrum der (kognitiven) Verhaltenstherapie. Selbstsicheres Verhalten ist gekennzeichnet durch emotionale Stabilität und aktive Auseinandersetzung. Ein selbstsicherer Mensch läßt sich nicht leicht durch belastende Umstände irritieren, wie z. B. durch vorübergehenden Zeit- und Leistungsdruck, durch Versagen oder eine Niederlage, einen Verlust. Er läßt sich auch nicht in ein Vermeidungs- und Rückzugsverhalten manövrieren; er ist aktiv und zielorientiert, versucht über den gleichen oder einen anderen Weg, mit gleichen oder anderen Mitteln seine Ziele zu erreichen. Dabei beachtet er die Erwartungen anderer und deren eigene Ansprüche. Selbstsichere Menschen sind also sozial-sensibel; sie versuchen ihre Ziele nicht durch aggressives Verhalten anderen gegenüber und auf deren Kosten durchzusetzen. Da sie sich selbst akzeptieren, akzeptieren sie auch andere in ihren Leistungen, Bemühungen und ihrer Persönlichkeit. Wenn sich auch selbstsichere Menschen zuerst und zumeist in der ihnen gemäßen Selbstentscheidung auf ihre eigenen Kräfte stützen, so haben sie doch auch keine Scheu, bei besonderen Aufgaben andere zur Mitarbeit zu engagieren. Selbstsichere Menschen sind also auch kooperative Menschen. Sie sind gegenüber anderen aufgeschlossen und aufrichtig. Sie äußern ihre Gefühle und Wünsche frei und erwarten dies auch von den anderen. Sie verteidigen ihre Rechte, lehnen Unzumutbares ab.

Aus den angeführten Folgeeigenschaften der Selbstsicherheit ist ihre zentrale Position im persönlichen und sozialen Leben klar erkennbar.

Um die pädagogischen-therapeutischen Aspekte zur Förderung der Selbstsicherheit genauer zu erfassen, ist es erforderlich, die wichtigsten Ausprägungen selbstunsicheren Verhaltens anzuführen.

Zunächst sind es die sozialen Ängste. "Als soziale Angst wollen wir die unangenehmen Gefühle im zwischenmenschlichen Bereich, die auf bestimmte Situationen folgen, benennen. Sie gehen mit Unsicherheit, Hemmung, Spannung oder Unruhe einher. Angstauslöser sind dabei solche Situationen, denen wir am liebsten aus dem Wege gehen, weil wir ein

unangenehmes Gefühl oder eine störende körperliche Reaktion empfinden oder erwarten." (Ullrich, R. u. Ullrich, R.: Das Assertiveness-Trainings-Programm. Leben lernen 22, Mchn. 1976, S. 40)

Zweite Ursache für Verunsicherung und fehlende soziale Kompetenz sind fehlende Fähigkeiten und Fertigkeiten im Umgang mit anderen, das sog. sozial defizitäre Verhalten, wie z. B. fehlende verbale, mimisch-gestische und motorische Handlungsfertigkeiten und fehlende Kenntnisse in Problemanalysen und Konfliktregelungsstrategien.

Eine dritte Bedingung selbstunsicheren Verhaltens ist sozial-inadäquates Verhalten, wie z. B. ungeschicktes Verhalten (ständige Entschuldigungen, linkisches Auftreten oder Meinungs- und Entscheidungslosigkeit).

Viertens verweist selbstunsichereres Verhalten auf ein negatives Selbstbild, das sich in Selbstbestrafung durch Vorwegnahme von Mißerfolg, in der Herabsetzung eigener Fähigkeiten und der Abwehr von Fremdlob zeigt.

Die Spielarten selbstunsicherer Kinder sind vielfach, vor allem von Alfred Adler und Fritz Künkel, beschrieben worden: das verängstigte, weinerlich-entmutigte Kind - das verschlossene, trotzig-aggressive Kind - das überangepaßte-brave, folgsame Kind - das linkisch unbeholfene, hilflose Kind - das stille, 'abwesende' und verträumte Kind.

Um Ansatzpunkte für eine spezielle Erziehung zu finden, wir sprechen hier dann auch von Training und Intervention, müssen wir einige klar umschriebene Verhaltenszüge und Erlebnisweisen herausheben und für ihre Förderung praktikable Anweisungen bereitstellen. Wir fragen: Was ist kennzeichnend für selbstsicheres Verhalten? Da fällt zunächst auf, daß selbstsichere Menschen im allgemeinen entspannt und weitgehend angstfrei sind. Sie zeigen ihre Gefühle offen, lassen ihnen sogar oft freien Lauf. Mit diesem Selbstausdruck versuchen sie, sich von Spannungen zu entlasten oder - bei wichtigen Vorhaben - mit Spannung aufzuladen. Selbstsicherheit erkennen wir an einer ganzen Reihe von Verhaltensweisen, die wir mit dem Begriff 'Selbstbehauptung' zusammenfassen.

## 1) Die Anleitung zur Entspannung

Wir unterscheiden vor allem drei Methoden: die muskuläre Tiefenentspannung, die vegetative Entspannung und die meditative Entspannung.

Die muskuläre Tiefenentspannung richtet sich gegen die muskulären Verspannungen, die viel verbreiteter sind als im allgemeinen angenommen wird. Wir können sie oft schon im Kindesalter beobachten. Woher kommen diese Verspannungen?

Wir haben vielfach nicht gelernt, unseren Gefühlen Ausdruck zu geben. Auch verleugnen wir häufig unsere Bedürfnisse. Wir vertreten nicht offen unsere Meinungen und berechtigten Ansprüche. Jede Verleugnung von Bedürfnissen und Gefühlen erhöht unsere innere Spannung und führt zu mehr oder weniger deutlichen Muskelverkrampfungen. Wir lernen schon früh, unsere Gefühle zu unterdrücken: 'Reiß dich zusammen! Laß dir nichts anmerken! Beherrsche dich!' usw. Diese Zurückhaltung führt zu einer Anspannung der Muskulatur, die mit der Zeit zur Gewohnheit wird, so daß wir die Spannung gar nicht mehr merken.

Erst wenn die Spannung schmerzhaft wird, wird der Betreffende auf sie aufmerksam. Später übersehen wir oft auch noch diesen Schmerz. Es kommt zu psychosomatischen Störungen, zu Kopfschmerzen, Hals-Wirbel-Syndrom usw.

Die Verkrampfung unserer Skelettmuskulatur bringt zunächst eine gewisse Erleichterung, eine Befreiung vom psychischen Druck.

Unser Organismus ist ständig abertausenden von kleinen Reizen ausgesetzt. Sie treffen auf die Sinnesorgane; wir gewöhnen uns an sie. Diese Habituation ist ein wichtiger Vorgang. Anders ist die Lage, wenn die Reize intensiv und bedeutsam sind. Hier erfolgt keine Habituation; der Körper reagiert dabei ständig mit einer Erhöhung des Muskeltonus und anderen vegetativen Prozessen. Wir reagieren entsprechend, greifen an, schlagen zu, wehren ab, ziehen uns zurück, ergreifen die Flucht.



Häufig kommt es zu einer 'inneren' Abwehr der Reize mit der dahergehenden Unterdrückung von 'äußeren' Verhaltensreaktionen. Dabei kann sich eine zusätzliche Sensibilisierung auf diesen Reiz entwickeln, so daß die Abwehrreaktion immer stärker und intensiver wird. Erscheint dann ein Reiz, bevor die alte Reaktion abgeklungen ist, so setzt die neue Reaktion auf einem höheren Erregungsniveau und Spannungszustand an. Nicht abgebaute Einzelreaktionen summieren sich damit zu einer steigenden Reaktionskurve.

Ob ein Organismus sich an Umweltreize gewöhnt oder immer empfindsamer reagiert, hängt von verschiedenen Faktoren ab: der Intensität der Reize, der allgemeinen Erregbarkeit und Labilität des Organismus und besonders von der subjektiven Bedeutung, die wir bewußt oder unbewußt den Reizen zuschreiben.

Die Tonuserhöhung der Spannungszunahme wird durch ein zentrales Erregungszentrum im Hirnstamm - dem retikulären Aktivierungssystem oder RAS - hervorgerufen. Dieses Erregungszentrum wird einmal durch Reize aus der Umgebung und zum anderen durch Reize aus dem Körperinneren, wie z. B. dem momentanen Spannungszustand der Muskeln, beeinflusst. Reize, die von der angespannten Muskulatur und dem übrigen vegetativen System an das Aktivierungssystem abgegeben werden, können rückwirkend zu einer weiteren Spannungs- und Erregungszunahme führen. Wenn wir unsicher sind und uns ängstigen, wird die körperliche Komponente dieser Unsicherheit und Angst - die allgemeine physiologische Erregung - durch das Retikulärsystem vermittelt.

Die meisten Menschen - und viele Kinder - befinden sich ständig in einem erhöhten Erregungs- und Spannungszustand. Wir verstehen jetzt die Wichtigkeit der muskulären Entspannung.

Die Entspannung der Muskulatur wirkt hemmend auf das Retikulärsystem und bewirkt eine allgemeine Entspannung, die sich auch im vegetativen System auswirkt. Es kommt zu einer organismischen Umschaltung von der Aktivität des Sympathikus auf die des Parasympathikus. Nach dem Entspannungstraining sinken Pulsfrequenz und Blutdruck, die Herz- und Atemfrequenz und die Muskelspannung nehmen ab. Wir fühlen uns entspannt.

Es gibt verschiedene Entspannungstechniken. Für die muskuläre Tiefenentspannung eignet sich in ganz besonderer Weise die von Edmund Jacobson eingeführte und vielfach bewährte progressive Muskelentspannung (Bernstein, D. A. u. Borkovec, Th. D.: Entspannungs-Training Handbuch der progressiven Muskelentspannung. Mchn. 1975). Die einzelnen Muskelgruppen und der Gesamtkörper werden angespannt, kurz in Spannung gehalten und dann entspannt. Solche Übungen lassen sich schon bei Kindern mit vier/fünf Jahren, die leicht erregt, zappelig und ständig unter Spannungsdruck leben, mit Erfolg durchführen.

Bei der vegetativen Entspannung - dem zweiten Entspannungsweg - richten wir unsere Aufmerksamkeit auf Spannungen und Verkrampfungen im sog. autonomen Nervensystem, das für das Funktionieren vieler Leibfunktionen, z. B. für erhöhten Blutdruck, Herz-Kreislauf-Beschwerden, Störungen der Atemtätigkeit, der Magen-Darmtätigkeit usw. verantwortlich ist.

Bisher glaubte man, diese Vorgänge seien nur durch Medikamente zu beeinflussen. Heute wissen wir, daß die vegetativen Vorgänge durch mentale Konzentration beeinflußt werden können. Das autonome Nervensystem ist also gar nicht autonom. Für den Wandel der Auffassung waren wissenschaftlich kontrollierte Berichte über Zen- und Yoga-Meister aus den fernöstlichen Kulturen entscheidend. Auch haben anderweitige neuere Forschungen, besonders zum sog. Biofeedback gezeigt, daß das autonome Nervensystem vom zentralen Nervensystem beeinflußt werden kann.

Wenn intensive Reize in kurzen Abständen aufeinanderfolgen, tritt ein Aufschaukelungseffekt, eine Sensibilisierung ein. Diese Erregung kann dann nicht mehr ausgeglichen werden; das ganze vegetative System verliert das Gleichgewicht.

Normalerweise verhindert ein eingebauter Sicherungsmechanismus den sofortigen Zusammenbruch. Es treten vorübergehende Ermüdung und Erschöpfung ein. Wenn aber diese Alarmzeichen längere Zeit nicht beachtet werden, treten Dauerschäden auf und letztlich Kollabierung des Systems (Kreislaufkollaps, Herzinfarkt, sog. Nervenzusammenbruch

Eine permanente Störung des Gleichgewichts schwächt auch das Immunsystem; die Überbelastung führt zu einer erhöhten Anfälligkeit für diverse Krankheiten. Möglicherweise entsteht auch der Krebs auf diese Weise, da die körpereigene Abwehr erlahmt.

Das autogene Training fördert und stärkt jene vegetativen Vorgänge, die die körperlichen Reaktionen parasympathischer Aktivität darstellen. Es kommt zu einer Verringerung des Muskeltonus und zur Stabilisierung des inneren Gleichgewichts. Durch die Abschaltung der Wirkung von Außenreizen kommt es zu einer gleichmäßigen Aktivierung des Retikularsystems.

Das autogene Training setzt unmittelbar am vegetativen System an. Mit Hilfe bestimmter Formeln wird der Körper von der sympathikotonen Erregung auf die parasympathische Beruhigung umgeschaltet. Die auto-suggestive Beeinflussung der Extremitäten erzeugt das Gefühl der Ruhe, Schwere und Wärme. Die Schwere kommt dadurch zustande, daß der Muskeltonus herabgesetzt und somit das Eigengewicht der Extremitäten spürbar wird. Die parasympathische Schaltung führt zur Erweiterung der Blutgefäße, zur besseren Durchblutung und damit zum Gefühl der Wärme. Zugleich schlägt das Herz ruhig und kräftig; ebenfalls wird der Atem ruhiger, tiefer und gleichmäßiger.

Die Grundübungen des autogenen Trainings können bei Kindern mit Neigung zu vegetativen Störungen mit Aussicht auf Wirksamkeit eingesetzt werden.

Bei Kopfschmerzen, Konzentrationsschwächen und -störungen hat sich in besonderem Maße die meditative Entspannung bewährt. Bei ihr lernt man, sich auf einen Gegenstand (z. B. Vase, Rose), Bild (z. B. Kreis, Kreuz, Dreieck), Ton oder Kurztext zu konzentrieren. Durch die Abschaltung der anderweitigen Sinnesreize, durch die Konzentration und Versenkung kann man schrittweise die Gelassenheitshaltung erwerben und in den fortgeschrittenen Stadien zu einer Erweiterung und Sensibilisierung des Bewußtseins gelangen.

Die meditativen Verfahren verlangen, um ihre volle Wirksamkeit zu erreichen, tägliche und langjährige Praxis. Sie können daher nur begrenzt - eben als Stille- und Konzentrationsübungen - im Kindesalter eingesetzt werden.

## 2) Der Abbau von Ängsten

Wir befassen uns hier nicht mit den vorübergehenden kurzen Furcht- und Angstzuständen, sondern mit denen, die über eine längere Zeit hinweg das Kind beunruhigen.

Einige Furchtzustände entstehen durch direkte Assoziationen von Erfahrungen mit Reizen, die natürlicherweise Furcht erregen, wie z. B. laute, schrille Geräusche. Andere werden durch Nachahmung erworben: Angst vor Gewitter beispielsweise wird oft gelernt, indem die Kinder das Angstverhalten eines Elternteils nachahmen. Viele Ängste entstehen auch als Nachwirkung unangenehmer Erfahrungen: Angst vor dem Arzt, dem Zahnarzt, vor Krankenhäusern, großen Tieren und bestimmten Menschen.

Furchterregend sind im Säuglingsalter vor allem lauter Krach, Tiere, fremde Menschen, fremde Orte und Gegenstände, dunkle Zimmer, plötzliche Veränderung des Ortes, Alleinsein und Schmerzen.

Im Kleinkindalter beziehen sich viele Ängste auf eingebildete Gefahren, Geister, Rauber, Gerippe, fremde und ungewöhnliche Tiere.

Im Vorschulalter nimmt die Furcht vor Tieren ab. Furcht vor Dunkelheit, Tod, Alleinsein, Furcht vor eingebildeten Drohgestalten nimmt zu.

Auch die Grundschul Kinder fürchten sich vor Dunkelheit und eingebildeten Wesen im Zusammenhang mit Dunkelheit, aber auch mit Verletzungen und Tod.

Ältere Kinder fürchten sich zu versagen, lächerlich gemacht zu werden, anders als die anderen Kinder zu sein.

Die Reaktionen auf Angst sind in den einzelnen Altersstufen unterschiedlich:

Bei einem Kind unter drei Jahren äußert sich Angst in weinender Hilflosigkeit. Das Kind versteckt sein Gesicht, sich selbst hinter der Mutter oder einem Möbelstück.

Vorschulkinder zeigen auch den charakteristischen Gesichtsausdruck; sie ziehen sich vor den Gegenständen, die sie fürchten, zurück, meiden sie. Die Reaktion des Weinens nimmt ab.

Grundschulkinder unterdrücken den Impuls, Furcht zu zeigen; sie meiden auch Situationen, von denen sie annehmen, daß sie furchterregend sein werden. Angst zeigt sich in Schüchternheit, gelegentlich aber auch in einer motorischen Entladung, die einem Wutausbruch gleicht.

Wenn sich ein Kind vor eingebildeten Gefahren fürchtet - vor Tieren, Nichtversetztwerden in der Schule -, dann sprechen wir von Besorgtheit. Sie ist eine unlogische Übertreibung dessen, was mit einem gewissen Wahrscheinlichkeitsgrad eintreten könnte. Besorgtheit ist also danach eine Wahrscheinlichkeitsstörung. "Wenn Besorgtheit häufig und intensiv ist, kann sie zur Ängstlichkeit führen, einem schmerzhaften Unbehagen, das drohendes Übel ahnt. Ängstlichkeit wird durch Befürchtungen, Unruhe und Vorahnungen solcher Lagen charakterisiert, denen der einzelne nicht ausweichen kann; sie wird begleitet von einem Gefühl der Hilflosigkeit, weil die geängstigte Person sich gehemmt fühlt und unfähig ist, eine Lösung für ihr Problem zu finden." (Hurlock, S. 221)

Ängstlichkeit ist weniger spezifisch als Furcht, sie ist ein generalisierter Zustand; sie entsteht nicht aus einer aktuellen Situation, sondern aus erwarteter Zukunft. Die Gründe der Ängstlichkeit sind dem Kind nicht bekannt. Das untergrabene Selbstvertrauen des Kindes macht es empfänglich für ein generalisiertes Gefühl der Unzulänglichkeit. Das Kind leidet häufig an depressiven Verstimmungen, Reizbarkeit, großer Empfindlichkeit und starken Schuldgefühlen, weil sich



seine eigenen Erwartungen nicht erfüllt haben. Es neigt zum Vermeidungsverhalten, zur Abwehr von Erfahrungen, die zu Ängstlichkeit führen können, flüchtet häufig in Wachträumereien und in eine Phantasiewelt.

Der Aktualangst kommt eine bedeutsame biologische Schutzfunktion zu. Sie warnt den Menschen vor Gefahren. Belastend wird die Angst erst dort, wo der Mensch die Umwelt ständig auf Gefahrensignale hin absucht und sie überwiegend als bedrohlich empfindet. Diese Dispositionsangst bezeichnen wir als Ängstlichkeit. Der Ängstliche reagiert auf objektiv geringfügige Anlässe mit starker Erregung und Angstaffekten.

Angst bewirkt zumeist eine Einengung der Breite der verarbeiteten Information und damit eine Abnahme der Informationsverarbeitungskapazität. Das ängstliche Kind ist in seiner Lern- und Leistungsfähigkeit gehemmt.

Ängstliche Menschen sind zumeist auch mißerfolgsorientiert. Sie erwarten - besonders bei etwas komplexeren Aufgaben - keinen Erfolg. Damit ist auch ihre Lern- und Leistungsmotivation eingeschränkt.

"Angst bewirkt insbesondere im Bereich der sozialen Wahrnehmung häufig eine Realitätsverzerrung. Diese ist dabei um so größer, je intensiver die bewußt oder unbewußt erlebte Ichbedrohung ist. Je unstrukturierter eine Reizkonstellation ist, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit, daß ängstliche Personen ichbedrohende Inhalte einbringen." (Walter, H. Angst bei Schülern. Mchn. 1977, S. 160)

Ängstliche Personen sind in ihrer Fähigkeit der Angstbewältigung beeinträchtigt, zumal bei ihnen die Angst sich auf immer neue 'bedrohliche' Gegenstände bezieht (Irradiation). Sie ziehen sich oft vom sozialen Leben zurück, sind also auch in ihrer sozialen Aktivität gehemmt.

Die vorangehenden Ausführungen sollten zeigen, daß gewisse Befürchtungen und Ängste im Leben des Menschen - in seinen frühen Entwicklungsstadien und auch später - immer wieder einmal vorkommen. Lebens- und leistungshemmend werden die Befürchtungen und Besorgnisse erst dann,

wenn sie sich ausbreiten, die Aktualängste zur Dispositionsangst, d. h. zur Ängstlichkeit werden. Hier ist dann erzieherische und therapeutische Hilfe angezeigt.

Es gibt mehrere Methoden, die dem Kind helfen, seine Angst abzubauen, die Annäherungskonfrontation, das Modellernen und die systematische Desensibilisierung. Wir brauchen hier die Methoden nicht zu erläutern, da sie bereits im ersten Abschnitt dargestellt worden sind. Wichtig ist, daß jeder Schritt, der Ansätze einer Verarbeitung und Bewältigung enthält, verstärkt wird. Dieses direkte Angehen der Angst ist nur möglich, wenn man spezifische Angstgegenstände und Angst-situationen herausstellen kann.

Bei der komplexeren Schul- und Leistungsangst müssen kombinierte Verfahren mehr kognitiver Art eingesetzt werden. Sarason stellt sechs Komponenten einer kognitiven Therapie der Schulangst heraus (angeführt bei Walter, H.: Angst bei Schülern. München 1977, S. 241 f.) :

- (1) Vermittlung gezielter Techniken zur Bewältigung schulischer Leistungs- und Prüfungssituationen.
- (2) Modellernen: Hier werden neben schulängstliche Kinder nichtängstliche, erfolgreiche Klassenkameraden gesetzt.
- (3) Selbstbeobachtungstraining: Die Kinder werden angehalten, auf ihre schädigenden Selbstgespräche zu achten, diese abzubauen und durch positive Erwartungen zu ersetzen.
- (4) Aufmerksamkeitstraining: In Verbindung mit (1) lernen die Schüler hier, sich auf aufgabenrelevante Aspekte der Aufgabenbewältigung zu konzentrieren.
- (5) Übung und Verstärkung: Der Lehrer hat darauf zu achten, daß er bei jedem Fortschritt des Kindes in Richtung Selbstsicherheit ein wirksames Feedback in der Art systematisch verabreichter Verstärkung gibt. Darüber hinaus hat er dem Kind den Wert der Übung - des Dranbleibens an einer Aufgabe - zu vermitteln.

(6) Entspannung: Informationsverarbeitung und Leistungshergabe gelingen am besten in einer entspannten Situation. Man kann in jeden Unterricht Entspannungsübungen einstreuen. Im Sportunterricht wird man zwischendurch die muskuläre Entspannung gezielt zur Verbesserung der Leistung in Verbindung mit einem mentalen Training einsetzen.

Bei der generalisierten Ängstlichkeit müssen sich die Lehrer um eine Stärkung des Selbstwertgefühls und der Sozialaktivität der verängstigten Kinder bemühen. Hier kommen dem Rollenspiel und dem Selbstsicherheits- und Selbstbehauptungstraining eine große Bedeutung zu. Grundke hat eine Reihe in der Schule anwendbarer Beispiele gegeben (Grundke, P.: Interaktionserziehung in der Schule. Mchn. 1975):

Das Komplimentespiel: Die Schüler haben mindestens jeweils ein Kompliment an ihren Partner zu richten: 'Mir gefällt an dir, daß ...' Dieses Spiel kann dazu beitragen, die verzerrte Selbsteinschätzung des Kindes zu entzerren und sein herabgesetztes Selbstwertgefühl anzuheben, zu stärken und zu stabilisieren.

Das Selbstbild-Fremdbild-Spiel: Jeder Schüler versucht auf einem Blatt sich mit einigen Sätzen und Stichworten selbst zu charakterisieren. Auf die Rückseite schreibt er, wie nach seiner Meinung ihn die Klassenkameraden einschätzen bzw. charakterisieren. Die Darstellung ist anonym. Wer fertig ist, faltet seinen Zettel und legt ihn in den Kreis auf den Fußboden. Nach Abschluß liest der Lehrer die Zettel vor, und die Klasse hat die Aufgabe, den Schreiber zu erraten.

Hinter dem Komplimentespiel steht die Erkenntnis, daß jeder Mensch auch schätzenswerte **Eigenschaften** hat und die anderen sie auch sehen und zum Ausdruck bringen sollten. Das Selbstbild-Fremdbild-Spiel weist darauf hin, daß unsere Selbsteinschätzung zum großen Teil auf der Fremdeinschätzung beruht. Dieses Spiel kann dem Lehrer vielerlei Hinweise auf die Sozialdynamik der Klasse vermitteln, ihn zugleich anregen, ausgleichend und verbessernd darauf einzuwirken.

Über das Selbstsicherheits- und Selbstbehauptungstraining wird weiter unten noch zu sprechen sein.

Eltern und Lehrer sollten die oft verborgenen Ängste der Kinder ernst nehmen, sie ermutigen, diese Ängste auszusprechen. "In den Kinderängsten klingen die großen Themen des Lebens an: zu jemanden gehören - allein gelassen zu werden; selbst jemand zu sein - andern sich ausliefern; sich geliebt zu fühlen; bergende Nähe - kalte Distanz; aktives Geben - passives Nehmen; Macht - Ohnmacht; Lebenssinn - Leere. Diese Grunderfahrungen prägen sich tief ein. Sie haben die Tendenz, sich das ganze Leben hindurch wie Leitmotive zu wiederholen." (Erni, M.: Zwischen Angst und Sicherheit. Wie heute leben? Olten 1982, S. 25)

Die meisten Ängste - auch die Leistungs- und Schulängste - sind genauer besehen Beziehungsängste. Es kommt also darauf an, dafür zu sorgen, daß die Kinder sich in der Familie bzw. Gruppe akzeptiert und zugehörig fühlen. Die Kinder sind zu ermutigen, sich auszusprechen, ihre Spannungen und Ängste auszudrücken.

### 3) Die Ermutigung zum Selbstausdruck

In den freien, natürlichen und spontanen Aktivitäten des Körpers kommt der Selbst-Ausdruck der Person zur Erscheinung. In seiner Körperhaltung und Gangart, seiner Mimik des Gesichtes und besonders der Augen, seiner Sprechweise und seinen Stimmqualitäten, seinen Gebärden und Gesten drückt der Mensch sich aus.

"Das wesentliche Merkmal des Selbst-Ausdrucks ist nicht etwa Bewußtsein, sondern Spontaneität. Spontaneität aber läßt sich nicht unterrichten. Man lernt nicht, spontan zu sein ..." (Lowen, A.: Bioenergetik. Bern, Mohn. 1976, S. 228 f.)

Der Therapeut verfolgt aber das Ziel, dem Patienten zu helfen, spontaner zu werden und seinen Selbstausdruck zu verbessern. Dies gelingt ihm dadurch, daß er dem Klienten hilft, die den Selbstausdruck hemmenden und blockierenden Schranken und Sperren zu beseitigen.

"Die Spontaneität beruht auf der Motilität des Körpers. Ein lebendiger Körper bewegt sich immer irgendwie, sogar im Schlaf. Erstens hören die vitalen Funktionen nie auf, und zweitens finden im Schlaf zahlreiche unwillkürliche Bewegungen statt. Sie werden allerdings häufiger, wenn wir wach und aktiv sind. Ihre Art und Intensität richtet sich nach dem Grad der Erregung. Kinder können bekanntlich so aufgeregt werden, daß sie vor Freude in die Luft springen müssen. Beim Erwachsenen bilden diese unwillkürlichen Bewegungen die Grundlage der Gestik, des Mienenspiels und anderer Ausdrucksformen des Körpers." (Lowen, S. 231)

Neben den Ausdrucksbewegungen spielt der stimmliche Ausdruck beim Sprechen eine besondere Rolle im bioenergetischen Konzept. Interessant ist die von Lowen beigebrachte Begründung. "Das Wort 'Persönlichkeit' hat zwei Bedeutungswurzeln. Die erste leitet sich vom lateinischen persona ab, womit man ursprünglich die Maske bezeichnete, die ein Schauspieler auf der Bühne trug, um seine Rolle von vornherein deutlich zu machen. In einem gewissen Sinn wird die Persönlichkeit also durch die Rolle bedingt, die ein Mensch im Leben übernimmt. Mit anderen Worten: Das Gesicht, das man der Welt zeigt, entscheidet über die Persönlichkeit. Die zweite Wurzel des Wortes liegt in einem ganz anderen Bereich. Wenn wir die Vokabel persona in ihre beiden Hauptbestandteile per und sona zerlegen, erhalten wir ein Wortpaar mit der Bedeutung 'durch den Klang'. Demnach spiegelt sich die Persönlichkeit des Menschen in seiner Stimme oder seinem Tonfall wider ... Man könnte also sagen: 'Achte nicht auf die Maske, sondern lausche der Stimme, wenn du einen Menschen kennenlernen willst.'" (Lowen, S. 135 f.)

Zum Selbstaussdruck gehören aber nicht nur die leibgebundenen Äußerungsweise des Menschen, sondern auch seine entäußerten manuellen Gestaltungen (Zeichnungen, Malereien, Modellierarbeiten) und verbalen Gestaltungen (Phantasiegeschichten, Gedichte, Erlebnisberichte). Zu diesem Aspekt hat Erich Franzke ein reichhaltiges Arsenal von Anregungen bereitgestellt (Der Mensch und sein Gestaltungserleben. Bern, Stuttgart. 1977, S. 68-145).

In vielfältiger Weise können wir den Selbstaussdruck im Rollenspiel, Psychodrama und bei Kindern besonders auch im Spiel mit dem Szenomaterial anregen.



inder mit emotionalen Beziehungsstörungen, seien sie nun gehemmt und verschlossen oder enthemmt und aggressiv, neigen dazu, ihre Gefühle zu unterdrücken und ihre Selbstunsicherheiten zu verbergen. Sie wirken gehemmt, verspannt, verkrampft und unfrei. Die Hemmungen wirken sich nachteilig auf Lernen, Leisten und Kommunikation aus. Gezielte Expressionsübungen können eine Freisetzung der persönlichen Kräfte einleiten. Wichtig ist, daß die Ermutigungen zum Selbstausdruck und zur Selbstgestaltung in gelöster, spielerischer Form stattfinden.

#### 4) Die Einübung der Selbstbehauptung (Selbstsicherheit)

Mit dem Ausdruck Selbstsicherheit kennzeichnen wir eine Haltung, mit dem der Selbstbehauptung ein Verhalten. In der Therapie haben wir es mit selbstunsicheren Personen zu tun, die nicht gelernt haben, sich selbst zu behaupten.

Selbstunsicheres Verhalten hat verschiedene aktuelle Ursachen. Wir unterscheiden danach verschiedene Formen selbstunsicheren Verhaltens:

1) Soziale Angst. Sie äußert sich als unangenehmes Gefühl (Unruhe, Spannung, Hemmung, Unsicherheit) in den zwischenmenschlichen Beziehungen. Das folgende Beispiel zeigt, in welchen Bereichen sich soziale Angst auswirken kann (vgl. Schwäbisch, L. u. Siems, M.: Anleitung zum sozialen Lernen für Paare, Gruppen und Erzieher. Hbg. 1974., S. 33 f.):

"In einer besonders günstigen Situation unterhält Herr A., der bis jetzt bei Geselligkeiten still und zurückhaltend war und meist nur bejahend mit dem Kopf nickte, die ganze Gesellschaft mit der Schilderung seiner Hobbies. Er ist erstaunt über sich selbst, da er nie geglaubt hätte, daß andere Menschen sich so für ihn und seine Erzählung interessieren könnten. Erst auf dem Heimweg wird ihm bewußt, daß er früher so oft geschwiegen hat, weil er befürchtete, daß sich niemand für ihn interessiert. Er wollte diese befürchtete unangenehme Erfahrung vermeiden, hielt sich still zurück, und wäre er nicht zufällig dieses Mal aus sich herausgekommen, dann besäße er seine Befürchtung noch heute. Hätte jemand vor diesem Abend Herrn A. gefragt, warum er

denn so still sei, wäre es ihm nicht möglich gewesen zu antworten: 'Ich befürchte, daß niemand an mir interessiert ist und hören will, was ich sage', weil ihm diese Angst noch nicht so klar war - er nahm sie nicht wahr. Herr A. hätte zum Beispiel geantwortet: 'Ich will auch gar nichts erzählen, ich bin wirklich ganz zufrieden so', und er hätte dies ehrlich gemeint.

An unserem Beispiel können wir gut erkennen, auf welchen verschiedenen Ebenen soziale Angst sich auswirkt:

- . Angst vor bestimmten Menschen und Situationen.  
(Herr A. vermeidet zum Beispiel andere stille Menschen und Situationen, in denen er genötigt ist, von sich aus etwas zu sagen.)
- . Angst vor dem Verhalten anderer Menschen.  
(Herr A. hat Angst, wenn andere ihn auffordernd anschauen, wenn andere über ihn lachen, wenn andere ihn nicht mögen.)
- . Angst vor bestimmtem eigenem Verhalten.  
(Herr A. hat Angst, sich in Gesellschaft hervorzutun.)
- . Angst vor eigenen Gedanken und Gefühlen.  
(Herrn A. würde der Gedanke: 'Ich habe Angst, in diesem Kreis zu sprechen und befürchte, daß man sich nicht für mich interessiert', Angst machen, so daß er ihn vermeidet. Er nimmt diese Befürchtung nicht wahr, sie bleibt unbewußt, und er kann sie deswegen nicht denken.)
- . Angst, die eigenen Gedanken und Gefühle mitzuteilen.  
(Angenommen, Herr A. hätte doch seine Befürchtung erkannt, so hätte er immer noch Angst haben können, diese der Gesellschaft mitzuteilen.)

Auf allen diesen Ebenen haben Menschen ihre Ängste. Ängste, vor Gruppen zu sprechen; vor anderen zu tanzen; daß einem andere etwas 'Böses' wollen; die eigene Schwäche zu zeigen oder den eigenen Ärger wahrzunehmen usw.

Viele dieser Ängste sind ein wichtiger Grund, Menschen und Situationen zu vermeiden, die der eigenen Person Schaden können, aber viele dieser Ängste sind unrealistisch und stammen aus 'alten' Erfahrungen. Durch die Vermeidung aller aversiven (angstmachenden) Reize im Sozialkontakt nehmen sich Menschen viele Möglichkeiten. Sie vorstellen sich positive Erfahrungen, denn viele Erlebnisse sind möglich, ohne daß die befürchteten Konsequenzen eintreten. Sehr viele Verhaltensweisen wagt man nicht zu zeigen, und auf sehr viele Erlebnisse mit anderen Menschen verzichtet man, weil die eigenen Befürchtungen im Wege stehen. Erst da, wo der Mensch relativ frei von Angst sein kann, kann er den Raum seiner Erfahrungsmöglichkeiten erweitern und sich selbst verwirklichen."

meisten kommen folgende angstausslösenden Bereiche vor:

- Angst vor öffentlicher Beachtung (Kritik, Versagen, Mißerfolg),
- Angst und Befangenheit im emotionalen Kontakt,
- Angst, Forderungen und Bitten abzuschlagen, bei Schwierigkeiten 'nein' zu sagen,
- Angst vor dem Durchsetzen eigener Ansprüche,
- Angst vor der Verletzung von Normen und Anstandsregeln.

Am Begriff der sozialen Angst gehört auch die Tendenz, den angst-  
erzeugenden Situationen aus dem Weg zu gehen, entweder durch aktives  
Vermeiden (Flucht, Abbrechen der unangenehmen Beziehung) oder durch  
passives Vermeiden (Alkoholismus, Drogenabhängigkeit). Die folgen-  
schwerste Vermeidungshaltung ist die vorbeugende. Der sozial Ängst-  
liche schlägt z. B. eine Einladung aus, weil eine frühere Erfahrung  
mit Hemmung und Angst verbunden war. Er leidet nun nicht mehr an  
seiner eigenen sozialen Angst, sondern an den Folgen. Es bildet sich  
ein verhängnisvoller Kreislauf, in dem die Selbstunsicherheit, Angst  
und Isolation immer größer werden.

2) Defizite der sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Nicht nur  
die soziale Angst, auch mangelnde soziale Fähigkeiten tragen zur  
Unsicherheit im zwischenmenschlichen Bereich bei. Damit Probleme  
während der Interaktion erfolgreich gelöst werden, genügt es nicht,  
kontaktfähig und angstfrei zu sein. Es sind Kenntnisse und Verhal-  
tensweisen erforderlich, um schwierige Situationen zweckmäßig und  
erfolgreich lösen zu können. Rita und Rüdiger Ullrich geben hierzu  
ein Beispiel (Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz.  
Band I., Mchn. 1976, S. 54): "Ein Schüler ohne jede Prüfungsangst  
kann faul sein und kein ausreichendes Wissen haben. Er wird ebenso  
in der Prüfungssituation scheitern wie der Geniale, der seine guten  
Kenntnisse wegen großer Angst nicht an den Mann bringen kann. Der  
kontaktsuchende Jüngling kann sich forsch und direkt an eine Auser-  
wählte wenden - weiß er aber außer seiner Absichtsbekundung wenig  
zu sagen, so wird er in der Regel ebenso wenig ans Ziel seiner Wünsche  
kommen wie der Kontaktscheue."

(3) Unzweckmäßiges Sozialverhalten kann einmal als unangemessenes, zum anderen als ungeschicktes Verhalten charakterisiert werden. Aggressivität ist die am häufigsten vorkommende Form unangemessenen Sozialverhaltens. Das aggressive Verhalten kann sich unterschiedlich äußern, als offene Aggression im direkten Angriff auf Bestand und Wert einer Person oder Sache, die als Hindernis der Selbstentfaltung erlebt werden. Die offene Aggression kommt in zwei Spielarten vor, der brachialen und der sozialisierten Aggression. Bei letzterer Form werden die Aggressionen in die verbale Sphäre transformiert (Drohung, Beschimpfung, Verwünschung, Verfluchung - Bewitzeln, Sticheln, Kritisieren, Heruntersetzen). Die zweite Äußerung erkennen wir in den verdeckten Aggressionen, bei denen sich die aggressiven Tendenzen in Phantasien ein Ventil schaffen. Eine dritte Gruppe finden wir in den stellvertretenden Aggressionen, von denen die Sündenbockaggression die wichtigste ist (vgl. Lückert, H. R.: Konfliktpsychologie. Einführung und Grundlegung. Mchn. <sup>6</sup>1972, S. 293 - 312).

Auch ungeschicktes Verhalten kann Schwierigkeiten auslösen. Hier wird das soziale Verhalten zur falschen Zeit und am falschen Ort eingesetzt. Der Ehemann, der mit seiner Frau private Probleme in aller Öffentlichkeit besprechen will, dürfte kaum Erfolg, eher neue Schwierigkeiten haben. "Ungeschicktes Verhalten kann jede Form sozialer Handlungen sein, welche die Wahrscheinlichkeit negativer Konsequenzen auf das Verhalten erhöht. Ständige Entschuldigungen, linkisches Auftreten, Meinungs- und Entscheidungslosigkeit, stereotypes Verhalten ohne Berücksichtigung der sozialen Situation und der vom Gegenüber gezeigten Verhaltensweisen sind hier zu nennen. Der noch so brillante Erzähler löst negative Gefühle aus und wirkt aversiv, wenn er immer nur über sich selbst spricht, nicht zuhören kann, andere unterbricht und deren Bemerkung nicht aufnimmt." (Schwäbisch u. Siems, S. 61)

(4) Negatives Selbstwertgefühl. Selbstbewußtsein vermittelt dem Individuum das Selbstwertgefühl. Dieses kann bei gehemmten Persönlichkeiten gestört sein. Soziale Unsicherheit kann durch ein herabgesetztes Selbstwertgefühl hervorgerufen werden; ein negatives Selbstwertgefühl kann aber auch die Folge von sozialer Unsicherheit sein. Dauernde



Mißerfolge verunsichern und stützen oft die Haltung, zu dumm und zu unfähig zu sein, um jemals Erfolg und Achtung zu erfahren.

Das Selbstbehauptungstraining soll zur Entwicklung der Persönlichkeit beitragen, diese befähigen, ihre sozialen Probleme eigenständig und effektiv zu bewältigen. Dieses Ziel setzt einige Fähigkeiten voraus, die damit Teilziele zur Gewinnung sozialer Kompetenz darstellen. Die angestrebten Ziele einer Therapie können vielfältig und differenziert sein. Sie sind je nach dem Grad der Hemmung verschieden. Die spezifischen Ziele lassen sich aber trotzdem in das folgende Schema einordnen:

- Abbau von Hemmungen, die den Klienten hindern, sich eigenverantwortlich und selbstsicher zu verhalten,
- Erlernen sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten,
- Abbau gestörter Selbstinterpretationen.

Die Verhaltenstherapie zielt in erster Linie darauf ab, die aktuellen Bedingungen, die das Problem stützen und aufrechterhalten, zu beseitigen oder zumindest abzuschwächen.

Der diagnostische Prozeß sollte nicht in Richtung einer Ursachenforschung gehen, durch den dann per Einsicht der Heilerfolg zu erwarten wäre. Es sind die Bedingungen, die das Fehlverhalten auslösen und aufrechterhalten, so genau wie möglich zu erkunden, um konkrete Behandlungsziele verfolgen zu können. Wie wichtig dies ist, zeigt Lazarus an einem Beispiel aus seiner Praxis: "Ich habe einmal einen Stotterer behandelt, der stärker stotterte, wenn er seinen Stenotypistinnen etwas diktierte. Es half ihm nichts, neue einzustellen, und eine Desensibilisierung gegen diese Mädchen konnte seine Pein nicht mindern. Weitere diagnostische Sondierung ergab, daß ihn nicht die einzelnen Stenotypistinnen störten, sondern der Umstand, daß das, was er diktierte, zur Kenntnis der Öffentlichkeit gelangte, und daß er dafür die Verantwortung zu tragen hatte." (Lazarus, A. A.: Angewandte Verhaltenstherapie. Stuttgart. 1976, S. 86)

Bevor ein Behandlungsplan aufgestellt wird, müssen verschiedene Aspekte des selbstunsicheren Verhaltens geklärt werden. Lazarus versteht



unter Selbstbehauptung einen offenen und mitteilbaren, ehrlichen und angemessenen Ausdruck dessen, was ein Mensch fühlt und denkt. Von dieser Definition geht Lazarus aus, wenn er verschiedene Aspekte dieser Verhaltensweisen näher beschreibt:

- a) Schwache Stellen. Der Mangel an Durchsetzungsfähigkeit tritt selten in allen Lebensbereichen auf. Sehr oft sind es nur ganz bestimmte Situationen, in denen der Klient Selbstbehauptungsschwierigkeiten hat. Das vereinfacht die Therapie und kürzt sie.
- b) Art der Schwierigkeit. Die Selbstbehauptungsschwierigkeiten lassen sich in zwei Gruppen ordnen: Der erste Typ kann nicht entschlossen und selbstsicher handeln, weil er es nie gelernt, also kein Verhaltensmuster aufgebaut hat. Der zweite Typ ist der phobische Klient. Er weiß, wie er sich verhalten sollte; er befürchtet aber die Folgen, hat Angst vor einer Bedrohung, vor einer Ablehnung usw. In solchen Fällen ist es erforderlich, die genaueren Befürchtungen zu erkennen und zu beseitigen.
- c) Arten des Verhaltens. Für die Selbstbehauptung sind drei Verhaltens-eigenschaften typisch:
  - Offenheit und Unmittelbarkeit. Menschen, deren Durchsetzungsschwierigkeiten auf diesen Bereich beschränkt sind, neigen zu wortreichen Reden. Damit gehen oft seichte Gefühle, Schwierigkeiten naher Beziehungen und das Fehlen von ausgeprägten Wünschen einher (Lazarus, S. 45). Lazarus schlägt praktische Übungen vor, wie die häufige Anwendung des persönlichen Fürwortes 'Ich' und das Formulieren von einfachen 'direkten Aussagesätzen'.
  - Aufrichtigkeit und Ehrlichkeit. Durch Unaufrichtigkeit und Unehrlichkeit kann man nur vorgetäuschte Selbstsicherheit und Selbstbehauptung erreichen.
  - Angemessenheit in der Einschätzung sozialer Beziehungen und im richtigen Ausdruck der Gefühle. Oft sind solche Klienten naiv und unreif. Über Gruppentherapie und Verhaltensübungen kann Verhaltensmodifikation gut erreicht werden.

Die Methoden zur Erlangung der Selbstbehauptung brauchen hier nicht im einzelnen erörtert zu werden. Sie sind im Zusammenhang mit der Darstellung der Therapien schon aufgewiesen worden. Im einzelnen handelt es sich um die verschiedenen Konditionierungsmethoden (z. B. Verstärkung, Bestrafung, Löschung), systematische Desensibilisierung und Modellernen. In Ergänzung früherer Ausführungen sollen hier noch drei Methoden kurz Erwähnung finden: Salters Therapie der bedingten Reflexe, Unterweisung durch den Therapeuten und die Verhaltensübung.

### Salters Therapie der 'bedingten Reflexe' (conditioned reflex therapy)

Salter, der allgemein als Mitbegründer des Selbstbehauptungstrainings angesehen wird, geht vom Pawlowschen Konzept der klassischen Konditionierungstheorie, aus. Die Grundlage für die Theorie, auf der Salters Therapie aufbaut, bilden die Begriffe 'Erregung' und 'Hemmung'. Es handelt sich dabei um physiologische Begriffe, die sich auf Vorgänge im Zentralnervensystem beziehen. Die Reize, die Impulse ins Gehirn senden, rufen dort Erregung als auch Hemmung hervor.

Salter nimmt nun an, daß beim Neurotiker das Gleichgewicht gestört ist und daß die Hemmungsprozesse dominieren. Durch sechs Techniken soll erreicht werden, daß Hemmungen abgebaut und gleichzeitig selbstsichere Reaktionen aufgebaut werden. Diese Verhaltensregeln werden in der Therapie besprochen und sollen dann in alltäglichen Situationen eingeübt werden.

#### (1) Emotionales Sprechen (feeling-talk)

Positive und negative Gefühle, die in sozialen Situationen auftreten, sollen spontan verbalisiert werden (z. B. loben, nicht mögen, ungeduldig sein).

#### (2) Widersprechen und Angreifen (contradict and attack)

In Auseinandersetzungen soll auf keinen Fall Übereinstimmung simuliert werden. Die eigene Meinung soll geäußert werden, um damit den Meinungsaustausch fruchtbar zu gestalten.

(3) Expressives Sprechen (facial-talk)

Die verbal geäußerten Emotionen sollen zugleich auch nonverbal durch Gestik und Mimik unterstützt werden.

(4) Absichtlicher Gebrauch des Wortes 'Ich' (deliberated use of the word 'I')

'Ich' soll im Dialog nicht vermieden, sondern vorsätzlich häufig gebraucht werden.

(5) Zustimmung bei Lob durch andere (express agreement when you are praised)

Wird man gelobt, so soll das Lob angenommen werden, ohne dabei seine Leistung herabzusetzen. Gegebenenfalls ist auch das Selbstlob angebracht.

(6) Improvisation (improvisation)

Die Improvisation ist überall wichtig. Dem Klienten soll das Gefühl des spontanen Handelns als wichtig erklärt und zugänglich gemacht werden.

Der Grundgedanke Salters ist 'die emotionale Aufrichtigkeit', die durch ungünstige und hemmende Umweltbedingungen verloren ging und die unter Anleitung wieder erworben werden kann. Salter erzielte mit seiner Methode, die heute kaum noch angewandt wird, einige Erfolge, und sie war für die Weiterentwicklung des Selbstbehauptungstrainings entscheidend (vgl. Salter, A.: Conditioned reflex therapy. NY 1949).

Die Unterweisung durch den Therapeuten (coaching)

Diese Technik basiert - wie bei Salter - darauf, daß der Therapeut den Klienten auf wirklich sinnlose Ängste hinweist und ihn ermuntert und auffordert, seine Gefühle (positive und negative) zu verbalisieren. Dabei erklärt der Therapeut die Entstehung ängstlicher Verhaltensmuster und gibt Hilfestellungen, wie diese unerwünschten Reaktionen abgebaut werden können. Zudem unterrichtet der Therapeut

seinen Klienten auch allgemein über selbstsicheres Verhalten und dessen Bedeutung für positive zwischenmenschliche Beziehungen. Oft werden dem Klienten Beispiele erzählt, die zeigen, welche positiven Konsequenzen die Verhaltensmodifikation zu einer selbstsicheren Persönlichkeit nach sich ziehen. Der Therapeut wird, wenn möglich, diese Beispiele so auswählen, daß der Klient einen Bezug zu seiner persönlichen Schwierigkeit mit sich selbst und anderen herstellen kann. Seine Motivation wird also verstärkt, indem man die negativen Seiten von Ängstlichkeit und Gehemmtheit den Vorteilen von Durchsetzungsvermögen gegenüberstellt.

Zu Beginn der Therapie wird die Anamnese aufgenommen, damit der Therapeut zumindest einen Überblick über den Hintergrund des Falles erhält. Die gegenwärtigen Verbindungen stehen aber im Mittelpunkt der Therapie. In den folgenden Sitzungen werden durch Gespräche und Erzählungen weitere Angstsituationen herauskristallisiert. In jeder Sitzung berichten die Klienten, was sie in der Zwischenzeit getan haben, der Therapeut lobt die Erfolge oder macht auf Fehler aufmerksam.

In den meisten Fällen ist es jedoch mit der Beratung nicht getan, sondern die Klienten können nur durch eigene Aktivität, durch dauerndes Üben bestimmter Verhaltensmuster ihr Verhalten in der gewünschten Art und Weise verändern. Trotzdem ist die Unterweisung durch den Therapeuten wichtig, da sie den Lernprozeß wirksam unterstützen kann und zudem relativ leicht - vor allem auch durch 'Laien' - anwendbar ist. Wolpe berichtet von einem Fall, bei dem die Methode des coaching bei der Behandlung ausreicht

"Mein Paradebeispiel bezieht sich auf einen Studenten, der ständig durch die Prüfungen fiel, obwohl er sehr intelligent war, und der große Schwierigkeiten hatte, Freundschaften mit Männern oder Frauen zu schließen. Ein auf eine bestimmte Person abgestimmtes Selbstbehauptungstraining bewirkte eine entscheidende Veränderung in seinen zwischenmenschlichen Einstellungen und einem entsprechenden Verhalten. Die betreffende Person war seine Stiefmutter, eine sarkastische, dominierende Frau, die wie keine andere mir bekannte Person der klassischen Märchenhexe glich. Wenn der Junge von der Universität nach Hause kam, empfing sie ihn gleich mit Vorwürfen, wie: 'Warum kannst du deine Prüfungen nicht ebenso gut bestehen wie der Nachbar Johnny Jones?'

Er erwiderte ihre Angriffe auf drei verschiedene Arten. Entweder versuchte er, sich mit sachlichen Argumenten zu verteidigen, dann wieder bekam er einen ohnmächtigen Wutanfall oder er fühlte sich zutiefst getroffen, ging bisweilen in sein Zimmer und schmollte. Obwohl diese Verhaltensmuster äußerlich sehr unterschiedlich waren, hatten sie doch einen gemeinsamen Ursprung - das Gefühl der Hilflosigkeit -, eine angstbetonte Unsicherheit, die Situation zu meistern. Wird eine Person zu unrecht angegriffen, wird sie, obwohl sie Angst empfindet, gleichzeitig auch ein Gefühl von Zorn und Ärger dem Angreifer gegenüber empfinden. So erging es dem Studenten, wie ich gleich bei der Befragung feststellen konnte. Von nun an begann ich, ihn zum Ausdruck dieser ärgerlichen Gefühle zu ermutigen, die er ja in der Vergangenheit stets unterdrückt hatte. Wie nicht anders zu erwarten, ergaben sich hierbei einige Schwierigkeiten, aber nach zwei bis drei Wochen Überredung war er in der Lage, sich entsprechend zu unterhalten. Um dies näher zu erläutern, will ich noch einmal auf die Situation eingehen, in der er bezüglich des Nachbarjungen angegriffen wurde. Wenn die Stiefmutter ihn nun wieder mit Vorwürfen überhäufte, antwortete er ihr: 'Das sagst du doch nur, weil du neidisch auf Frau Jones bist', oder er sagte: 'Was ist eigentlich der wahre Grund, daß du immer wieder davon anfängst?'

Durch diese seinen Ärger und Zorn widerspiegelnden Worte hemmte er in gewissem Maße die gleichzeitig auftretende Angst ... Nach ungefähr acht Wochen gelang ihm eine vollständige Kontrolle der Beziehung zu dieser Frau." (Wolpe, J.: Praxis der Verhaltenstherapie. Bern, Stuttgart. 1972, S. 79 f.)

### Die Verhaltensübung (behavior rehearsal)

Diese Methode wird als eine der meistversprechendsten Techniken beschrieben. Im Rollenspiel werden mit Rollentausch neue, selbstsichere Verhaltensweisen eingeübt. Da es sich nur um fiktive Situationen, die aus der Realität entlehnt werden, handelt, sind auch keine negativen Konsequenzen zu erwarten, und der Spieler kann sanktionsfrei agieren.

Das Hauptziel der Verhaltensübung besteht darin, den Klienten durch direktes Training mit genau jenen sozialen Fertigkeiten, die in seinem Verhaltensrepertoire fehlen, auszustatten.

Man fand heraus, daß 'modeling' in Verbindung mit 'role-playing' ein äußerst effektives Verfahren ist, um Verhaltensmodifikationen zu erreichen.

Zusätzlich bietet das Rollenspiel die Möglichkeit des Modellerns. Diese Methode hat noch den weiteren Vorteil, daß neben dem Angstab-



bau gleichzeitig soziale Fertigkeiten eingeübt werden können.

Die Rollentheorie weist darauf hin, daß Menschen nur dann erfolgreich kommunizieren und kooperieren können, wenn sie zu einer einigermaßen zutreffenden Einschätzung ihrer gegenseitigen Erwartungen gelangen können. Dies wird durch den Rollentausch ermöglicht, da sich die Spieler in die Rolle des anderen hineinversetzen müssen.

Die Verhaltensübung kann auch als Möglichkeit verstanden werden, Sprache in ihrer Verwendung zu erfahren und zu betrachten. Während des Rollenspiels wird ersichtlich, daß Sprechen als sprachliches Verhalten soziales Handeln ist. Die sprachliche Ausdrucksfähigkeit, die soziales Handeln darstellt, wird somit auch für selbstbehauptendes Auftreten wichtig. Problemsituationen können zuerst im Sinne des 'role-taking' (Verhaltensweisen werden imitiert) bewältigt werden. Ist der Klient fähig, die Situation angstfrei zu spielen, so kann versucht werden, Rollenverhalten in einer neuen Problemsituation im Sinne des 'role-making' (eigenes Entwerfen der zu verändernden Verhaltensweisen) einzuüben.

Behavior rehearsal ist sehr wirkungsvoll, da das Rollenspiel vielseitig einsetzbar ist und neben der eigentlichen therapeutischen Funktion einige positive Nebenwirkungen erzeugen kann.

Wenn die Verhaltensübung im Selbstbehauptungstraining eingesetzt wird, können folgende Variablen bei der Behandlung vorkommen:

- Eine hierarchische Präsentation von Reizsituationen,
- Verhaltensformung durch den Therapeuten,
- konstruktive Kritik,
- wiederholtes Abspielen von aufgenommenen Verhaltensweisen,
- Hausaufgaben,
- Körperhaltungstraining, Stimmanalyse und -training,
- Ermahnungen und Vorträge durch den Therapeuten,
- Entspannung,
- modeling,
- Therapie durch Annahme einer bestimmten Rolle oder Übertreibung einer Rolle.

(vgl. Wolpe, J. u. Lazarus, A. A.: Behavioral therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses. NY 1966).

Das Selbstsicherheits- bzw. Selbstbehauptungstraining ist ein Verfahren zur Reduktion der Angst. Es ist besonders angebracht bei Kindern, die sich davor fürchten, in sozialen Situationen unangemessen zu reagieren. Der Lehrer könnte bei ihnen Selbstsicherheit einüben, besonders da, wo er erkennt, daß ein Kind

- nicht fähig ist, sich in Situationen durchzusetzen, in denen es sich ungerecht behandelt fühlt,
- nicht oder nur mit Schwierigkeiten seine eigenen Interessen in jenen Belangen vertreten kann, die sein Leben direkt betreffen und
- Schwierigkeiten hat, Gefühle der Zuneigung ebenso wie Ärgergefühle adäquat auszudrücken.

Im Gegensatz zum selbstsicheren hat das selbstunsichere Kind kein Selbstbewußtsein in sozialen Situationen; es äußert Gefühle nicht spontan, fühlt sich in der Gruppe oft angespannt und ängstlich und erlaubt gewöhnlich anderen, Entscheidungen für sich zu treffen.

"Das Selbstsicherheitstraining gründet auf der allgemeinen Annahme, daß selbstsicheres Verhalten die Furcht und Angst, die eine Person mit einer bestimmten Situation assoziiert, allmählich gegenkonditioniert. Diese Veränderung hilft ihr dann, Vertrauen zu entwickeln, ihre Gefühle in diesen Situationen angemessen auszudrücken, weil sie wahrzunehmen beginnt, daß ihr selbstsicheres Verhalten nicht notwendigerweise bei anderen zu negativen Reaktionen führt." (Salter, S. 39)

Das Selbstsicherheitstraining besteht aus drei Komponenten:

- Rollenspiel,
- Modellernen und Rollentausch,
- soziale Belohnung.

Das Rollenspiel soll dem Kind helfen zu erproben, wie es in einer bestimmten Situation zu agieren hat. Das Kind soll sei-

ne Rolle als selbstunsicheres Kind spielen und erkennen, welche Wirkung sein Verhalten auf den Lehrer oder andere Kinder hat. Es kann ihm dann vom Lehrer gezeigt werden, wie es im einzelnen - in seinem Auftreten, seinen Blicken, seinem Sprechen und Handeln - auch anders, d. h. selbstsicher auftreten kann. Dabei kann der Lehrer oder ein anderes Kind auch das Verhalten des selbstunsicheren Kindes nachahmen und ihm so über die Spiegelung seines Verhaltens sein Verhalten verdeutlichen.

Modellernen und Rollentausch werden angewandt, um dem Kind zu demonstrieren, wie ein selbstsicheres Kind sich in der gleichen Situation, die das selbstunsichere Kind irritiert, verhalten würde.

Soziale Belohnung und Training: Der Lehrer kann nicht nur kommentieren, wie gut das Kind reagiert und wie gut es vorankommt, sondern er kann auch Vorschläge machen und ihm Rückmeldung über sein Verhalten geben, um weitere Verbesserungen in seiner Selbstsicherheit zu fördern.

Der Lehrer geht, wenn er diese Methoden anwendet, pädagogisch-therapeutisch vor. Er selbst ist damit noch nicht Therapeut. Aber es bieten sich im pädagogischen Alltag, im Unterricht viele Situationen an, in denen der Lehrer sein besonderes Augenmerk auf die selbstunsicheren Kinder seiner Klasse richtet, die sich nicht zu melden, nicht zu sprechen, sich nicht zu behaupten trauen.

Selbstsicherheit ist eine Grundhaltung sozialen Umgangs und darüber hinaus eine zentrale Persönlichkeitseigenschaft (emotionale Stabilität). Wo immer sich in der Schule Gelegenheiten ergeben, sollte sie bei allen Kindern angeregt und eingeübt werden.

## 2. Die Aktivierung der Lernbereitschaft

Lernbereitschaft ist Vor- und Grundbedingung einer erfolgreichen Therapie. Kognitive Verhaltenstherapie ist von ihrer Arbeitsweise her gekennzeichnet Lerntherapie. Oft ist es allerdings erst der höhere Leidensdruck, der den Klienten für die Arbeit an sich selbst aufschließt und motiviert. Der Therapeut versteht sich in seiner Beziehung zum Klienten als Lernbeistand.

Lernen bezieht sich auf den Erwerb von Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen. Mit Beginn seines Lebens begegnet der Mensch immer wieder neuen Herausforderungen, die er lernend zu bewältigen hat. Die Anforderungen und Anregungen zum Wissenserwerb und Erkenntnisgewinn werden mit dem Schuleintritt systematisch und entsprechend dem altersstufenabhängigen Verständnis des Kindes gestaltet. Vorher, aber auch noch in der Schulzeit und später, lernen wir vieles noch 'nebenbei' (inzidentelles Lernen).

Die Lernbereitschaft steht in einem dynamischen Zusammenhang zu den globalen Fähigkeitskonzepten, wie Intelligenz, Kreativität und Begabung. Sie ist wahrscheinlich eine ihrer Kernfunktionen. Mit Lernbereitschaft bezeichnen wir das Streben nach Zuwachs von Wissen und Erkenntnis, den Wissenserweiterungs- und Erkenntnisdrang des Menschen. Das Lerntemperament der Kinder ist seit Geburt unterschiedlich ausgeprägt. Es kann durch Beachtung und Anerkennung (Sofortverstärkung) der Fortschritte von den signifikanten Bezugspersonen beträchtlich gefördert werden, wie umgekehrt Nichtbeachtung und Vernachlässigung die angeborene allgemeine Lernmotivation hemmen kann.

Wenn auch das menschliche Kind einen neurophysiologisch verankerten Lernantrieb hat, so braucht dieser doch zu seiner Konkretisierung und Entwicklung der Lernangebote, eines anregenden Lernmilieus, der sprachlichen und spielenden Interaktion mit Erwachsenen.

Um Anhaltspunkte für eine Aktivierung der kindlichen Lernbereitschaft zu erhalten, fragen wir nach ihren Äußerungen. Die Lernbereitschaft zeigt sich im Neugierverhalten, damit verbunden in der Fragelust des Kindes, in seinem Interesse an Aufgabenbewältigungen und Problemlösungen und damit verbunden in der Konzentration und Ausdauer, eine Sache zu Ende zubringen, im Dranbleiben.

### 1) Die Förderung des Neugierverhaltens

Neugier wird heute als angeborener Antrieb gesehen, der auf Befriedigung kognitiver Bedürfnisse, auf Erkenntnis von Umweltbedingungen abzielt. Die Neugier wird ausgelöst durch neue, unerwartete oder komplexe Reizmuster; sie manifestiert sich im Erkundungs-, Explorations- und Orientierungsverhalten. Neugier kann damit auch als elementarer Lernantrieb definiert werden.

William James zählt die Neugier sowie ihre komplementäre Erscheinung, die Furcht, zu den Emotionen. Das Wechselspiel von Neugier und Furcht (z. B. bei Annäherung an sich plötzlich bewegende Objekte) bildet nach James die 'instinktive Grundlage aller menschlichen Neugier' (James, W.: The principles of psychology. London 1890, S. 429).

Die Suche nach einer operationalen Definition der Neugier kann vier Bestimmungsstücke nachweisen:

- Spontanes Abwechseln im Verhalten, obwohl eine Wiederholung von vorher ausgeführtem Verhalten zu einer sicheren Belohnung führen würde,
- Erkundung komplex gestalteter Umwelt,
- Erkundung neuer Umweltreize, indem sich das Individuum dem Gegenstand nähert und durch Manipulation ihn untersucht,
- Ausdruck optimaler Aktivierung des Organismus. Somit kann Neugier als Vorläufermotiv für Lernen angesehen werden. Andererseits kann man auch feststellen, daß sich der Organismus durch Erkundungsverhalten Reizeinwirkungen schafft, die ein optimales Aktivationsniveau gewährleisten.



Berlyne unterscheidet Neugierverhalten nach zwei Dimensionen. Er kommt damit zu vier Formen: extrinsisches Erkundungsverhalten (Anstreben biologisch nützlicher Reize) - intrinsische Neugier (um ihrer selbst willen angestrebte Reize), diversive Neugier (durch Reizarmut hervorgerufen) - spezifische bzw. epistemische Neugier (die man umgangssprachlich als Wißbegier bezeichnet). Diese Unterscheidungen werden - wie wir gleich sehen - in der modernen Neugierforschung beibehalten und weiterverfolgt (vgl. Berlyne, D. E.: Konflikt, Erregung, Neugier. Zur Psychologie der kognitiven Motivation. Stuttg. 1974).

Interessant ist, daß die positive Bewertung der Neugier erst im Beginn der Neuzeit einsetzt. Schon die Bibel weist darauf hin, daß Neugier - vom Baum der Erkenntnis essen - negative Folgen hat. Nach Augustin verhindert Neugier als sich selbst genießendes Erkenntnisvermögen die selbstvergessene Anschauung Gottes. Thomas von Aquin weist darauf hin, daß sich der Mensch durch Neugier im Einzelnen zerstreut und sich damit dem Anspruch des Absoluten entzieht. Erst mit Bacon, der sich gegen die voreilige Behauptung von der Grenze des Wissens wendet, gewinnt die Neugier Arbeitscharakter. Erst Galilei bejaht die Neugier voll und ganz in ihrem Ergreifen zufälliger Gegebenheiten. Bei Descartes ist die Neugier Wesensmerkmal des Gelehrten, der nach methodisch gesichertem Wahrheitsbesitz strebt (vgl. Historisches Wörterbuch der Philosophie. Hrsg. Ritter J. u. Gründer, K. Bd. 6, Basel, Stuttg. 1984, S. 731 ff.).

Neugierverhalten gehört zur primären Ausstattung höherer Lebewesen. Wie Tolman bereits vor über 50 Jahren zeigen konnte, ist es wahrscheinlich, daß auch Tiere infolge eines Neugiertriebes lernen (Tolman, E. C.: Purposive behavior in animal and men. NY 1932). Ähnlich wie Hunger bei Mangel der Nahrung wirkt Neugier bei Mangel an Information aktivierend. Oerter weist in bezug auf Berlyne darauf hin, daß aber auch bereits eine Anhebung des Aktivierungsniveaus belohnend wirken kann. Andererseits resultiert Neugierverhalten auch aus kognitiven Konflikten, die Aufmerksamkeit, Erkundung oder Suchverhalten in Gang setzen. Die Aufmerksamkeitszuwendung ist für die Bewältigung höherer kognitiver Leistungen wichtig. Versagen beim Problemlösen beruht oft auf einem Mangel in der Aufmerksamkeitssteuerung (vgl. Oerter, R.: Psychologie des Denkens. Donauwörth 1971, S. 458 ff.). Während 'Neugier auf' zumeist begrenzter und stärker mit Erregung und Emotion verbunden ist, steht 'Interesse an' in einem breiteren und mehr reflexiven Kontext. Darüber hinaus bilden und

wachsen sich die Interessen erst in späteren Jahren, ab Ende der Grundschulzeit, deutlicher aus. Doch kann das Neugierverhalten der Vorschulzeit, das später z. T. in Interessen aufgeht, auch weiterhin in seiner elementaren Form wirksam sein.

Harry F. Harlow, der vor allem das Neugierverhalten von Tieren studierte, kritisiert zu Beginn der fünfziger Jahre als erster die Vorstellung von einem Neugiertrieb. Er nimmt für die Neugier ein eigenständiges Motivationssystem an, das durch die Wahrnehmung komplexer (abwechslungsreicher, vielfältiger) Reize angesprochen wird (Harlow, H. F.: Mice, monkeys, men and motives. Psychol. Research 80, 1953). Hier werden nicht mehr Bedürfniszustände im Organismus als Motivationsquelle angesehen, sondern äußere Reizmerkmale. Dies ist der 'New look in Motivation' (Dember, W. F.: The new look in motivation. In: Am. Scientist 53, 1965). Im gleichen Sinn hat David Berlyne die Neugier als Paradebeispiel der 'reizinduzierten Motivation' dargestellt.

In motivationspsychologischer Hinsicht erscheint Neugier einmal als psychischer Zustand der Motiviertheit ('state'), der durch eine Situation mit bestimmten Reizmerkmalen hervorgerufen wird, zum anderen als Eigenschaft eines Menschen ('trait'), also als Persönlichkeitsmerkmal.

Eine weitere Unterscheidung ist dadurch nahegelegt, daß der Mensch einmal nach einer Situation strebt, die durch Abwechslungsreichtum, Eindrucksvielfalt, Unruhe und Durcheinander gekennzeichnet ist (divergente Neugier), zum anderen daß ein Mensch eine Situation anstrebt, die durch Ordnung, Überblicks- und Systeminformationen gekennzeichnet ist (spezifische Neugier).

Es wird das erkennbar, was Rainer Krieger als das Neugier-Paradox herausstellt: "Neugierig ist einmal derjenige, der nach einer Vielfalt neuer Eindrücke sucht (divergente Neugier), dann aber auch derjenige, der die Vielfalt verschiedener Reize reduzieren möchte, indem er ihrer Struktur und Ordnung auf die Spur kommt (spezifische Neugier)." (Krieger, R.: Keine Angst vor neugierigen Kindern. Psychologie heute. Januar 1978, S. 17)

Der Mensch steht in ständigem Bezug zur Außenwelt. Eine Reihe von Forschern sehen die Bezugsmotivation in der Neugierde. "Einige bezeichnen sie als 'Drang zum Explorieren', andere als 'intellektuellen Drang' (Guilford 1967). Maddi (1965) spricht vom 'Drang nach Neuem', Murphy (1958) vom 'Entdeckungsdrang'. Diesen Drang schreibt Murphy u. a. auch dem Bedürfnis zu, möglichst viel von der Umwelt in sich aufzunehmen. Diese Umwelt enthält die Herausforderungen, die vom Individuum immerzu neue Strategien fordern, um mit ihr zu kommunizieren, und sie ruft dazu immer neuen 'Hunger' hervor (vgl. Leuba 1958) ... Daß Neugierde zu Problemlösungen motiviert und die Freude daran zugleich das Ziel des Tuns ist, glauben auch einige Forscher in Tierexperimenten nachweisen zu können. Immer mehr Experimente mit Tieren ergeben, daß der neue Stimulus um seiner selbst willen gesucht wird. Primaten z. B. werden die schwersten Aufgaben lösen, um an einem Ort sitzen zu können, wo sie Neues erleben dürfen." (Landau, E.: Psychologie der Kreativität. Mchn. 1971, S. 57 f.)

Zwischen Neugier und Begabung (Intelligenz/Kreativität) besteht ein Zusammenhang. Zur Beziehung Neugier und Intelligenz hat Hayes einen originellen Beitrag geliefert (Hayes, K. J.: Genes, drives and intellect. Psychol. Reports 10, 1962). Er sieht Intelligenzunterschiede als Folge unterschiedlich starken Neugierverhaltens an. Die angeborenen Bedürfnisse nach Abwechslung und Erkundung beeinflussen das Maß möglicher Erfahrung. Intelligenz ist also durch Neugierverhalten erfahrungsabhängig auf angeborener Grundlage.

Wir sollten wissen, daß ein ausgeprägtes Neugierverhalten des Kindes erst dann in Intelligenz voll zum Tragen kommt, wenn dem Kind einmal vielfältige und qualitative Erfahrungen ermöglicht werden, zum anderen wenn der Erfahrungszuwachs des Kindes beachtet und ermutigt wird.

Kreativität wurde vielfach zur Neugier in Beziehung gesetzt. Der kreative Mensch zeichnet sich nach Maddi durch eine 'Produktive Neugier' aus (Maddi, S. R.: Motivational aspects of creativity. J. of Pers. 23, 1965, S. 330 - 347).

Durch Fragen kann man Neugierverhalten wecken, wie andererseits das Fragen ein wichtiger Indikator für Neugierde ist. Hans Schiefele hat auf den Zusammenhang von Neugier, Fragen und Lernen in seinem Werk Lernmotivation und Motivlernen (Mchn. 1974, S. 373) aufmerksam gemacht:

"In der Neugier ist das Aktuelle und Verborgene intendiert. Dabei geht es nicht um die Wahrheit des Gegenstands in erster Linie. Immer noch ist der eigentliche Beweggrund die Lust am Erfahren, Dahinterkommen. Sie äußert sich in Fragen. Werden sie vom Mitschüler gestellt, so wirken sie ansteckender als die Fragen des Lehrers, die der Schüler zu seinen eigenen machen muß. Die guten Erzähler unter den Lehrern kennen die gespannte Frage, etwa im Geschichtsunterricht: Und wie ist es weitergegangen? Was hat der König jetzt gemacht? Die Geschichte im Lesebuch, der Lehrausgang in einen unbekannten Stadtteil, in den Wald, in ein Museum, all dies kann kognitive Motive aktivieren oder entstehen lassen. Freilich: Das Lesestück muß interessant sein. Der moralische Traktat, den man Kindern ihrer sittlichen Erziehung wegen vielfach noch vorsetzt, sagt ihnen nichts, ebenso wie der Ausgang, auf dem 'nichts los' war, und der Geschichtsunterricht, den ein unbeteiligter Lehrer so gibt, als langweile ihn eine Sache, deren Ausgang er schon lange kennt. Wissensdurst und Neugier können zwar beim Kind im Schulalter immer als mögliche Motive vorausgesetzt werden; wenn sich aber der Unterricht fade und eintönig dahinquält, wenn Frage und Spannung immer ins Leere stoßen, wenn aus falscher Erziehungsabsicht zu früh und abrupt an die Stelle kindlicher Neugier die Pflicht, zu lernen und zu wissen, gesetzt wird, dann braucht man sich nicht zu wundern, wenn Schule und Unterricht lästig werden. Manche stumpfe Klasse ist aus Enttäuschung stumpf, und mancher Schüler ist frech, damit er sich die Langeweile vertreibt."

Im sog. Erlebnisunterricht der 20er-Jahre wurde bereits der Versuch unternommen, Neugier und Erfahrungszuwachs als zentrale Komponente der Unterrichtsgestaltung zu beachten. Der Wert einleitend gestellter Fragen wird durch Experimente von Berlyne bestätigt. In einem Lernversuch (Gegenstand Wirbeltiere) hatte eine Gruppe vorher darüber Fragen erhalten. Diese Gruppe zeigte dann beim Lernen durch die Aktivierung der Neugier ein größeres Interesse am Lernstoff und eine bessere Behaltensleistung. Oerter stellt hierzu fest:

"Wer zuvor Fragen kennengelernt hat, besitzt bereits Informationen, die jemand, der unmittelbar mit Wissen konfrontiert wird, nicht hat. Jede Frage bedeutet eine Problemstellung, die auch kognitiv durchstrukturiert werden muß, unabhängig von der Motivationskomponente." (Oerter, S. 465) Fragen mobilisieren auch die Aufmerksamkeitszuwendung, eine wichtige Komponente des Lernens.



## 2) Die Beantwortung der Fragen

Mit 1 1/2 bis 2 Jahren beginnt das Kind zu erkennen, daß zwischen Gegenstand und Wort ein Zusammenhang besteht, daß die Dinge einen Namen haben. Wenn man die Dinge benennen kann, kann man auf sie hinweisen und sie auch besser im Gedächtnis bewahren. Mit dem Namen der Dinge eignet man sie sich an. Das Kind geht auf Jagd nach der Bezeichnung der Dinge; es fragt: Was ist das? Früher hat man diese Epoche der Namensfragen als erstes Fragealter bezeichnet. Etwa zwei Jahre später fragt das Kind nach Beziehungen und Zusammenhängen, nach Ursachen und Wirkungen. Es ist die Zeit der Warumfragen der 3 1/2- bis 4Jährigen die im sog. zweiten Fragealter stehen.

Die Fragen der Kinder richten sich an seine nächsten Bezugspersonen, vorzugsweise die Mutter. Wenn das Kind auf die Namensfragen qualifizierte Antworten erhält, also nicht nur den Namen, sondern auch bezeichnende Eigenschaften in Sätzen mitgeteilt bekommt, wird das Kind in seiner sprachlichen und kognitiven Entwicklung gefördert: 'Das ist eine große Trommel.' 'Das ist eine gelbe Zitrone.'

Schwieriger zu beantworten sind die Warumfragen. Warum können schon ganz kleine Fische schwimmen? Auch hier sollten sich die Eltern um eine möglichst zutreffende Antwort bemühen. 'Schon kleine Fische können schwimmen, weil sie wie alle Fische im Körper eine mit Luft gefüllte Schwimmblase haben.' Wichtig ist, daß Eltern die Kinder nicht abweisen, sondern auf sie eingehen. Die Fragen kommen z. T. aus Neugierde, z. T. aber auch aus dem Drang, mit Erwachsenen zu kommunizieren; manchmal sogar, um sie mit ganzen Frageketten zu necken und in die Enge zu treiben.

Kinder, die in einer anregenden und antwortenden Familie aufwachsen, fragen nicht in sog. Fragealtern, sondern ständig, entsprechend ihrer fortschreitenden kognitiven Entwicklung. Sie wollen wissen, wie die Dinge beschaffen sind, wie sie funktionieren, wozu sie da sind und wie sie zu gebrauchen oder zu handhaben sind.



Als Eltern und Lehrer sollten wir diese für die geistige und soziale Entwicklung wichtige Fragehaltung wachhalten.

Wir sollten nicht nur Leistungen und soziales Wohlverhalten honorieren, sondern auch die Aktivität des Fragens fördern.

Im Fortgang der Entwicklung stellt der Mensch auch an sich selbst Fragen: 'Wie komme ich hier weiter? Was ist jetzt zu tun? Wie sage ich das meiner Mutter? Welche Schulaufgabe soll ich zuerst machen, welche danach? Ob ich auf diese Arbeit eine gute Note bekomme? Soll ich das ganze noch einmal schreiben?' usw. Mit solchen und ähnlichen Fragen versuchen Kinder, auch ihr Handeln zu organisieren.

### 3) Die Konfrontation mit Problemstellungen

Der Mensch ist von Anfang an ein aktives und lernendes Wesen. Das Kind entwickelt schrittweise seine Fähigkeiten durch Anregungen und Herausforderungen bei liebevoller, ermutigender Zuwendung durch Erwachsene.

Gegen Ende des ersten Monats legen wir ein Tuch über das Gesicht des Kindes. Das Kind macht lebhaftere Bewegungen mit seinem Körper und Kopf. Es beseitigt durch sie - wenn auch noch recht unbeholfen - das Hindernis. Es hat damit eine beunruhigende Situation bewältigt, also ein Problem gelöst. Mit acht bis neun Monaten entfernt das Kind schon einen Schirm, hinter dem ein begehrter Gegenstand versteckt ist. Das Kind verfolgt jetzt schon ein Ziel. Um es zu erreichen, wird ein Hindernis weggeräumt, umgangen oder überwunden.

Nach dem ersten Lebensjahr beginnt das Kind, seine Bewegungen und Handlungen auf ständig bewußtere Art abzuwandeln und zu verbessern. Gegenstände werden gerollt, geschoben, gestoßen, gedrückt. Die wachsende Neugier belebt die Aktivität des Kindes. Es kommt zur Entdeckung neuer Mittel. Das Kind vermag jetzt, einen Gegenstand zu sich herzubringen, indem es an der Unterlage zieht, auf der der Gegenstand liegt, indem es an der Schnur zieht, an der der Gegenstand befestigt ist. Diese gegenständlichen Handlungen werden in den folgenden Jahren in Rollenspielen, dann aber auch in Bau- und Konstruktionsspielen weiter vervollkommen.

Galperin, ein sowjetischer Psychologe, hat einmal beschrieben, wie Kinder im zweiten Lebensjahr den Gebrauch des Löffels lernen:

"Das Kind versucht, den Löffel zuerst möglichst nahe am unteren, vertieften Teil zu ergreifen. Es möchte die Wölbung, die zum Mund geführt wird, möglichst fest mit seinem Fäustchen umklammern. Dieser Handgriff erscheint ihm zunächst offensichtlich das Zweckmäßigste zu sein. Die Erzieherin muß nun das Kind auffordern, das Eißgerät an seinem eigentlichen Griff zu fassen und mit ihm gemeinsam den Löffel in den Brei tauchen. Doch auch dabei hebt das Kind gern das Werkzeug mit einer plötzlichen Bewegung schräg nach oben, so daß der größte Teil des Inhalts herunterfließt. Das Kind handelt so, als wolle es seine Hand allein zum Munde führen. Es sieht im Löffel funktional nichts anderes als eine Verlängerung seiner Hand und meint, dessen Ende gelangt um so besser zum Mund, je dichter

es sich an seinem Fäustchen befindet. Um den Löffel als Werkzeug sinnvoll zu gebrauchen, muß das Kind anders vorgehen. Hat es ihn mit Flüssigkeit gefüllt, dann muß es ihn in horizontaler Lage aufwärts führen und sein Griffende, sobald es den Mund berührt hat, ein wenig heben. Das Kind erfaßt diese einfache Logik zunächst nicht. Es sieht im Löffel noch kein Werkzeug, sondern einen erzwungenen und schlechten Ersatz für seine Hand. Erst nach ziemlich langer Unterweisung lernt das Kind die wichtigsten Operationen im Gebrauch des Löffels: nicht direkt zum Mund führen, sondern immer horizontal halten, bis er die richtige Höhe erreicht hat. Trotzdem versuchen die Jungen und Mädchen einige Zeit immer wieder, das vertiefte untere Ende mit der ganzen Faust zu umfassen."

Wir erkennen an diesem Beispiel, wie das Kind schrittweise von der spielerischen Handlung zur Werkzeughandlung gelangt.

"Je mehr praktische Möglichkeiten das Kind entdeckt, sich selbständig zu betätigen, desto mehr wächst sein Bedürfnis nach Tätigkeit. Immer mehr Gegenstände werden in den erkennenden und spielenden Umgang des Kindes einbezogen. Durch die Beachtung, Anteilnahme, Anerkennung und den Zuspruch der Erwachsenen wird die Aktivität des Kindes beträchtlich gefördert. Mit zwei Jahren nimmt das Kind schon den Bleistift und beginnt, auf Papier zu kritzeln. Es macht ihm anfangs noch nichts aus, wenn es den Bleistift dabei verkehrt herum hält. Nachgeahmt wird zunächst das äußere Tun. Es rührt mit dem Löffel die Suppe im Teller um, obwohl der Teller leer ist; es wäscht der Puppe das Gesicht auch ohne Wasser. Über solche Nachahmung erwirbt das Kind einen höheren Grad der Selbständigkeit."

(Elkonin, D.B.: Zur Psychologie des Vorschulalters. Bln.1967, S. 115)

Dieser kurze Hinweis auf den Beginn des Kleinkindalters sollte zeigen, daß Probleme im menschlichen Leben von Anfang an gegeben sind und nicht erst in späteren Jahren auftauchen.

Probleme sind Schwierigkeiten, die nach einer Bewältigung verlangen. Der Erwerb jeder neuen Fertigkeit ist anfangs mit Schwierigkeiten verbunden. Man denke an Lesen, Schreiben, Rechnen, Radfahren usw.

Im Laufe der Entwicklung müssen die Kinder immer mehr in der Lage sein, ihre Probleme allein zu lösen, ohne Beistand und Hilfe der Eltern. Bei der Kontaktaufnahme mit anderen Kindern z. B. müssen sie selber herausfinden, wie man fremde Kinder anspricht oder wie sie sich in einer Gruppe verhalten müssen.

Entwicklung und zu erreichendes Entwicklungsniveau hängen stark von den Anregungen und Lerngelegenheiten ab, die ein Kind in Familie und Kindergarten vorfindet. Das Spiel ist eine wichtige Tätigkeitsform des Vorschulalters. Im Spiel lernt das Kind motorische Geschicklichkeit, soziales Verhalten und dabei zugleich das Problemlösen.

Die Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Liebe, Beachtung und Anerkennung, Information und Orientierung, Gestaltung und Leistung sind schon früh als zentrale Persönlichkeitsbedürfnisse zu erkennen.

Lernen ist in den frühen Jahren vorzugsweise sozial vermitteltes Lernen in Partner- und Kleingruppenbeziehungen. Über weite Strecken ist es ein Lernen ohne direkte Unterweisung und Anweisung. In diesem Beobachtungs- oder Imitationslernen eignet sich das Kind recht komplexen Verhaltensformen motorischer, sozialer und sprachlicher Art an. Grundenerfahrungen in Spielsituationen und Exkursionen sind Anstoß und Material für Lernen, Wissenserwerb, Erkenntnisgewinn und Problemlösen.

Die Kognitive Psychologie und Therapie neigen dazu, den Menschen als Problemlöser aufzufassen. Von der Geburt an muß der Mensch die in Reifung stehenden und nach Betätigung drängenden Fähigkeiten in Lernprozessen - im Wechselspiel von Anpassung und Bewältigung - ausarbeiten und einsetzen. Wir setzen beim Problemlösen, bei der Meisterung der Schwierigkeiten, unser Denken ein. Wenn man also Denken fördern will, muß man die Kinder mit Problemen konfrontieren. Dies kann im Vorschulalter (und auch später) in spielerischer Form geschehen, z. B. indem man die Kinder auffordert, aus verschiedenen großen kubischen Bauklötzen einen hohen Turm zu bauen. Die Zweijährigen legen oft einen kleineren Baustein unter einen größeren, so daß der Turm bald zusammenfällt. Die Drei-/Vierjährigen erkennen schon, worauf es ankommt: Einmal unten der größte und darüber die immer kleineren Bausteine, zum zweiten jeweils den aufgelegten Baustein möglichst in die Mitte des darunterliegenden Bausteins zu plazieren.

Genauer und systematischer untersucht sind die Problemstellungen (in den verschiedenen Fachrichtungen) für das Schulkind. Rolf Oerter geht in seiner 'Psychologie des Denkens' (Donauwörth 1971) ausführ-

lich auf exemplarische Aufgaben und auf die Didaktik der Problemstellung und -entwicklung ein. Wichtig ist die Präzisierung der Problemstellung und damit die Zielanalyse. Sie lenkt die Schüler zur Frage hin: Was ist gesucht? Der Lehrer hat dabei zweierlei zu beachten: "Er muß sich einmal überlegen, wie er das Problem formulieren und veranschaulichen soll, damit ein bestimmter Lösungsweg leichter einsichtig und bevorzugt eingeschlagen wird. Zum anderen kann er mit Hilfe der Problemformulierung den Schwierigkeitsgrad der Aufgabe variieren. Zum wirklichen Verständnis und zur Übertragbarkeit einer Einsicht gehört es, daß sie relativ unabhängig von der Problemfassung gehandhabt werden kann. Variierung und Erschwerung durch Umformulierung von Problemen, die im Prinzip identisch sind, ist eine wichtige Aufgabe der Denkförderung." (Oerter, S. 147)

Um Denken, Problemlösungsfähigkeit, den Aufbau kognitiver Strukturen und damit die konstruktive Auseinandersetzung mit der Umwelt zu fördern, sind nach Bruner u. a. folgende Gesichtspunkte zu beachten:

- Die Lernsituationen ... müssen Organisationsprozesse anregen, d. h. zu einer Differenzierung und Umstrukturierung des Ausgangswissens, zum Erkennen von Beziehungszusammenhängen und zum Aufbau von ordnenden Kategorien herausfordern.
- Der Lernende muß erfahren, daß er fähig ist, Probleme zu lösen. Nicht nur die intellektuelle Neugier, sondern auch die Erfahrung der Kompetenz müssen als intrinsische Motivation für ein selbständiges Denken systematisch gefördert werden.
- Nur in Auseinandersetzung mit Problemen kann man sich in Methoden des Denkens üben, zu problem- und sachbereichsspezifischen Lösungswegen und Arbeitstechniken gelangen ...
- Der Lernende muß lernen, sich über das eigene Tun, über das Ergebnis und über die Konsequenzen seines Denkens klarzuwerden. Gelenkte Lernprozesse sollten zu dieser Reflexion anregen und ihre Artikulation unterstützen.



- Der Lernende muß die Reichweite und die Anwendbarkeit dessen, was er gelernt hat, erproben, um das Gelernte in ähnlichen Problemsituationen angemessen übertragen zu können." (Riedel, K.: Lehrhilfen zum entdeckenden Lernen. Hannover 1973, S. 20. Bezug: Bruner, J. S.: Some elements of discovery. In: Shulman, L. S. u. Keislar, E. R., Eds.: Learning by discovery: A critical appraisal Chicago 1966, S. 101 - 113)

Diese Bemühungen um eine Didaktik des entdeckenden Lernens stützen sich auf die Erfahrung und Erkenntnis, daß ein Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten noch nicht dessen Aktualisierung in Problemsituationen gewährleistet, wenn nicht gleichzeitig Denkstrategien und die Motivation zur produktiven Auseinandersetzung mit Problemen gelernt werden.

Ein Training in der Lösung von Syllogismen trägt kaum etwas zum Problemlösen in allgemeiner und fachspezifischer Hinsicht bei. Dies liegt eben daran, daß wir nicht in Syllogismen denken, sondern in Wahrscheinlichkeiten, Analogien und Plausibilitäten. Weder können Logiker von den Denkpsychologen noch Denkpsychologen von den Logikern profitieren. Man kann gegenüber allen Versuchen, Problemlösen zu lehren, nach den bisherigen Erfahrungen nur skeptisch sein, auch wenn z. B. Venezuela seit 1979 einen Staatsminister für die Entwicklung menschlicher Intelligenz eingesetzt hat, dessen Projekt 'Denken lernen' sich mit dem verbesserten Problemlösen befaßt. Jill Larkin hat die unter Kognitivisten vorherrschende zurückhaltende Meinung zum Ausdruck gebracht. Es scheint sehr schwierig zu sein, Leuten das Problemlösen beizubringen (Larkin, J.: Teaching problem solving in physics. The psychological laboratory and the practical classroom. In: Tuma, D. T. and Reif, F. (Eds.): Problem solving and education. Issues in teaching and research. Hillsdale N. J. 1980).

Die Schwierigkeit liegt darin, "daß die Heuristiken des allgemeinen Problemlösens zwar in Bereichen nützlich sind, in denen es wie bei Rätseln nicht so sehr auf Wissen ankommt, daß sie aber nur wenig mit dem Problemlösen in umfangreichen Wissensgebieten zu tun haben .

Die Schlüsselfrage beim Problemlösen als Unterrichtsstoff ist in der Tat die, ob die allgemeinen Prinzipien, die jedermann beigebracht werden können, sich in ihr tägliches Leben oder in das Spezialgebiet des einzelnen übertragen lassen." (Hunt, S. 311 f.)

Nach der Durchsicht einiger Problemlösungskurse und diesbezüglicher Publikationen erscheint Hunt der Glaube an den Wert von Problemlösungskursen subjektiv und anekdotisch: "Die Lehrer sehen den Nutzen, die Studenten spüren ihn, doch er bleibt weitgehend ungemessen." (Hunt, M.: Das Universum in uns. Neues Wissen vom menschlichen Denken. Mchn. 1984, S. 315)

Die hier zum Ausdruck gebrachte Skepsis berührt nicht die Empfehlung, Kinder (und Klienten) mit Problemstellungen zu konfrontieren, um dadurch ihre Bewältigungsfähigkeiten zu mobilisieren und zu stärken. Im übrigen können wir von der therapeutischen Strategie 'Problemlösen', die in der Kognitiven Verhaltenstherapie zunehmende Beachtung findet, wohl auch bald Perspektiven ihrer Anwendung in der Pädagogik erwarten.

Annette Kämmerer hat in ihrem Buch 'Die therapeutische Strategie Problemlösen' (Munster 1983) speziell auch zum Problemlösestraining weiterführende Hinweise gegeben. Vielleicht ist doch die geäußerte Skepsis nicht ganz gerechtfertigt.

Die Pädagogen haben auf diese Schwierigkeiten und enttäuschten Erwartungen schon früh im Zusammenhang mit der sogenannten formalen Bildung hingewiesen. Es hat den Anschein, daß seit etwa 20 Jahren der Gegensatz Materialbildung-Formalbildung aufgehoben ist. Wissenserwerb setzt, wenn sie fruchtbar sein soll, ein fundiertes Grundwissen voraus. "Im geistigen Leben und folglich auch in der Bildung sind Weg und Ziel, Methode und Ergebnis untrennbar aneinander gebunden: 'Methoden' sind in den durch sie hervorgebrachten Ergebnissen 'aufgehoben'. Die Ergebnisse sind, was sie sind, nur dank ihrer Methoden, so daß nur der ... ein gebildetes Können besitzt, der Ergebnis und Methode in ihrer unauflöslichen Beziehung erfaßt." (Klafki, W.: Das Problem der Didaktik. In: Zs. f. Päd., 3. Bh., Weinheim 1963, S. 244).

Die Psychologen erörtern diese Problematik vor allem unter dem Begriff des Transfers (vgl. Widmer, K.: Transfer. In: Handlexikon zur Pädagogischen Psychologie. Hrsg. Schiefele, H. u. Krapp, A., Mchn. 1981, S. 381-385). Die heutige Diskussion befaßt sich vor allem mit dem sogenannten strukturalen Transfer, in dem die Begriffe 'Struktur', 'Schema', 'Plan' eine besondere Rolle spielen.

#### 4) Die Belohnung der Ausdauer

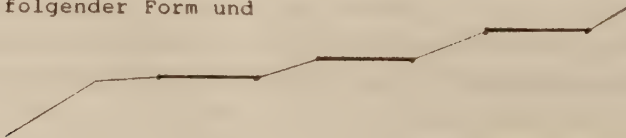
Beim Lernen von Fertigkeiten, z. B. Klavierspielen oder Maschinenschreiben, wirken Konditionieren und Versuch und Irrtum zusammen. Auch Lernen durch Einsicht spielt dabei eine Rolle.

Man hat für die verschiedenen Tätigkeiten sog. Lernkurven herausgearbeitet. Sie geben an, wie die Leistung mit der Anzahl der Wiederholungen oder mit der Zeit, in der die Fertigkeit eingeübt wurde, steigt.

Der Lernfortschritt ist am Anfang am größten, im Fortgang flacht die Kurve immer mehr ab. Die Form der Kurve hängt einmal von der Art der Fertigkeit ab, die gelernt werden soll, zum andern aber auch von der Motivation. Bei komplizierten Fertigkeiten - wie den oben angeführten - gibt es in ihrer lernenden Ausarbeitung zwischen- durch sog. Lernplateaus.

"Die Unebenheit der Übungskurve ist eine Sonderform der allgemeinen dynamischen Periodizität des Lebensablaufs ... In jedem längeren Übungsgeschehen gibt es mehrfach 'tote Punkte': Der Übende bemerkt keine oder nur unverhältnismäßig geringe Fortschritte und beginnt zu zweifeln, ob die Fortsetzung des Übens noch Sinn hat. Nach einigen Tagen oder Wochen ist die Stauung plötzlich überwunden, eine neue Periode des Leistungsanstiegs folgt. Zuweilen kann sogar zeitweiliges Aussetzen der Übung günstig wirken, eine Phase der 'Sättigung' muß erst zum Abklingen kommen. Man spricht geradezu von 'schöpferischer Pause'." (Stern, W.: Allgemeine Psychologie auf personalistischer Grundlage. Den Haag <sup>2</sup>1950, S. 681 f.)

Gelegentlich gibt es auch in der Therapie Zeiten, in denen Klient und Therapeut keinen sichtbaren Fortschritt registrieren können. Um dem Klienten zu helfen, zeichnen und zeigen wir ihm die Lernkurve etwa in folgender Form und



erklären ihm den 'Stillstand', der hier wohl als Konsolidierung des bisher Erreichten anzusehen ist. Wir ermutigen ihn, auf diese Weise weiterzumachen, nicht aufzugeben, weitere Fortschritte zu erwarten. In allen bisher so gegebenen Konstellationen konnte der verunsicherte Klient seine Therapiemotivation wiedergewinnen.

Ähnliche Erfahrungen kann man besonders deutlich in Entspannungs- und Meditationskursen machen. Die Übungen sollen nach den Kursen von den Teilnehmern regelmäßig (meistens abends etwa eine halbe Stunde) fortgeführt werden. In den Kursen hatte das Gemeinschaftserlebnis noch einen zusätzlichen Motivationseffekt. Daheim führen die meisten Teilnehmer die Übungen nur noch kurze Zeit fort. Einer der Gründe ist, daß sie angeben, sie wüßten nun 'wie es läuft'. Sie haben damit wohl ihre Neugierde befriedigt, aber den Trainingseffekt nicht erreicht. Eine Entspannungsübung muß man mindestens täglich ein Vierteljahr lang, Meditation dagegen mindestens zwei Jahre lang praktizieren, um eine länger anhaltende Entspannung und Gelassenheit zu erreichen; abgesehen davon, daß man danach in gewissen Intervallen wieder üben muß, um das erreichte Niveau zu halten.

Was können wir aus den angeführten Beispielen für die Erziehung der Kinder folgern? Wir sollten als Erwachsene die Kinder dazu anhalten, eine Tätigkeit, die sie aufgegriffen haben und die für sie wichtig ist, fortzuführen. Wir sollten sie zum Dranbleiben, Durchstehen, Durchhalten, also zur Ausdauer, ermutigen und diese - wo immer wir sie beobachten können - sofort verstärken. Kurz: wir sollten die Ausdauer der Kinder bei sinnvollen Tätigkeiten anerkennend beachten, d. h. belohnen.

### 3. Die Anleitung zur Selbstkontrolle

Die Selbstkontrolle und damit Eigenständigkeit sind Ziel der Erziehung und Therapie. Der sich entwickelnde Mensch übernimmt schrittweise die Regie seiner Lebensführung; er handelt und trifft Entscheidungen immer mehr nach eigenständiger Überlegung, unabhängig von zufälligen äußeren Einwirkungen. Dieser Prozeß bahnt sich schon im Vorschulalter an. Bereits die gerade Dreijährigen protestieren gegen besorgte Überbeschützung und Gängelei; sie wollen vieles 'selber machen'. Die Eltern sollten diesen Drang nach Selbsttun und Selbständigkeit beachten und fördern.

Früher sprach man statt von Selbstkontrolle von Willenskraft. Wie bei allen ähnlichen postulierten Persönlichkeitszügen und inneren Konstrukten konnte man jedoch keine zureichenden Bedingungen aufzeigen, wie Willenskraft zu erwerben ist. Dies ist jedoch bei dem Selbstkontroll-Konzept möglich. Die Fähigkeit zur Selbstkontrolle hängt von einer Reihe erlernbarer Verhaltensweisen ab. Wir können auch sagen: Die Selbstkontrolle stützt sich auf eine Reihe innerer vermittelter Prozesse. Es werden verschiedene Hypothesen bezüglich der Konsequenzen möglicher Verhaltensalternativen formuliert und getestet. Das Kind macht über den probierenden Versuch und Irrtum Erfahrungen und baut bestimmte Erwartungen aus. Durch die Repräsentanten vergangener Erfahrungen und zukünftiger Ereignisse werden mit Hilfe der Vorstellung und des inneren Sprechens Ziele angepeilt. Hull spricht vom Einfluß bezug partiell antizipierender Zielreaktion, 'fractional antedating goal reaction' (Hull, C. L.: A behavior system. New Haven 1952).

Verhalten wird damit kognitiv strukturiert: Es werden bestimmte Verhaltensregeln bereitgestellt. Es können bestimmte Gründe, die zur Aufstellung der Verhaltensregeln geführt haben, angegeben werden.

Bei der Entwicklung der Selbstkontrolle kommt der sprachlichen Entwicklung eine besondere Rolle zu. Sprache ist eine wichtige intervenierende Variable, sei sie offen, auch für andere hörbar oder verdeckt, d. h. subvokal, nur für den Sprechenden 'hörbar'. Diese selbstbezogenen Aussagen und die Konzentration auf sie hat Folgen für das Verhalten, je nach der Art der Aussage. Verhalten unterscheidet



bet drei Arten (Velten, E.: A laboratory task for induction of mood states. Behav. Res. and Therapy 6, 1968, S. 473 - 482): Die neutralen Aussagen (Am 10. Dezember werde ich zur Prüfung gehen.), antriebssteigernde Aussagen (Am 10. Dezember werde ich in der Prüfung gut abschneiden.) und depression-induzierende Aussagen (Am 10. Dezember wird es mir wahrscheinlich schlecht gehen.). Es ist vor allem Ellis, der sich - wie bereits ausgeführt - mit den selbstschädigenden Aussagen befaßt hat.

Monika Hartwig gibt in dem einleitenden Kapitel zu dem von ihr herausgegebenen Buch 'Selbstkontrolle. Ein kritischer Überblick über lerntheoretische und verhaltenstherapeutische Ansätze.' (Mchn. 1975, S. 3 - 75) einen Überblick über den Problemkreis. Für uns sind ihre Ausführungen zur Entwicklung der verbalen Selbstkontrolle (S. 54 ff.) von besonderer Bedeutung. Nach einer Diskussion über die Beiträge von Piaget (Selbstverbalisierung als egozentrisches Sprechen) und Vygotsky (Selbstverbalisierung als kognitive Selbststeuerung) geht sie näher auf den theoretischen und empirischen Beitrag von Luria ein.

Nach Luria vollzieht sich der Erwerb der verbalen Selbstkontrolle in einer Sequenz von drei Hauptschritten. Anhand dieser Schritte zeigt er auf, wie die Aktivierung und später die Hemmung motorischen Verhaltens allmählich unter die Kontrolle der Selbstanweisungen des Kindes kommt (bes. Luria, A. R.: The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior. NY 1961):

Erster Entwicklungsschritt bis etwa zum zweiten Lebensjahr. Das Kind ist zunächst noch nicht fähig, sein eigenes Sprechen zum Steuern seines Verhaltens zu benutzen. Es kann schon einfache verbale Anweisungen der Eltern ausführen, dies jedoch nur, wenn nicht ein anderes Verhalten dominierend ist. So kann z. B. das ein- bis zweijährige Kind die Aufforderung, einen Luftballon drücken, jedoch nicht die Aufforderung 'nicht mehr drücken' befolgen. Die Kinder reagieren dann sogar oft mit vermehrten Druckbewegungen.

Zweiter Entwicklungsschritt - Drei- bis Vierjährige. Das Kind vermag bereits bis zu einem gewissen Ausmaß von seinem eigenen Sprechen beim Führen und Steuern seines Verhaltens Gebrauch zu machen. In dieser Phase wirkt jedoch noch nicht der Inhalt der verbalen Instruktion handlungsleitend, sondern die rein sprechmotorische Komponente der Sprache. Durch ihre Impulsvermittlung regt sie das Verhalten an, so daß - wie im vorigen Beispiel - bei einem roten Lichtsignal der Ball gedrückt, bei einem grünen er nicht gedrückt werden sollte. Dreijährige Kinder drücken den Ball jedoch bei dieser Versuchsanordnung bei beiden Lichtern und bei beiden Selbstinstruktionen. Sie verstehen den Sinn ihrer Verbalisierungen; diese wirken jedoch lediglich als Impuls. Wir können also feststellen, daß bis etwa zum 4. Lebensjahr die Selbstkontrolle nur partiell wirksam ist.

Dritte Phase. Erst im Alter von 4 bis 5 1/2 Jahren gewinnt der semantische Aspekt der Sprache steuernden Einfluß. Dabei entwickelt sich die Fähigkeit, vom lauten Sprechen zum 'inneren Sprechen' überzuwechseln. Damit wird das Kind fähig, in zunehmendem Maße die Sprache bei der Steuerung seines Verhaltens und beim Problemlösen vorwegnehmend und planend einzusetzen.

Welches sind die Ansatzpunkte, die uns in Erziehung und Therapie dienlich sein können, dem Kind bzw. Klienten beim Erwerb der Selbstkontrolle beizustehen? Ich möchte vier Gesichtspunkte herausgreifen: Zunächst wird es wichtig sein, anhand von Beispielen den Wert der Selbstanweisung herauszustellen. Besondere Bedeutung hat dieser Aspekt bei impulsiven und hyperaktiven Kindern und bei Kindern mit sozialem Störverhalten. Im vergleichbaren Maße gilt dies auch für Klienten, die zu impulsiv-aggressivem Verhalten und zu selbstschädigenden Gedanken neigen. Vertiefen können wir diesen ersten Aspekt dadurch, daß wir Kinder und Klienten auf die Bedeutung ihrer Selbstgespräche mit ihren negativen und positiven Inhalten und Folgen aufmerksam machen. In der Therapie erfährt man, daß sich die Klienten über Vorhandensein und Wirkungsweise der Selbstgespräche zumeist nicht im klaren sind. Ähnliche Erfahrungen kann man machen, wenn man die Klienten über die Wichtigkeit der Selbstbelohnung, d. h. der positiven Selbstverstärkung, informiert.

Zwei reflexive Vorgänge sind der Selbstverstärkung vorgelagert: die Selbstwahrnehmung des eigenen Verhaltens und die Bewertungs- bzw. Vergleichsprozesse, in denen das eigene Verhalten mit sozialen oder selbstauferlegten Standards in Relation gesetzt wird. Mit dem Begriff Selbstkontrolle ist letztlich ausgesagt, daß die Person (sei es ein Kind oder ein Klient) sich selbst als Entscheidungsinstanz erfährt. Nun neigen aber Kinder und in besonderem Maße Klienten dazu, sich selbst als fremdbestimmt zu interpretieren, d. h. ihr Verhalten als von außen, von Umgebungsfaktoren, besonderen Umständen und von anderen Personen abhängig, veranlaßt, gesteuert und aufge- drängt zu sehen. Sie neigen zur Annahme externer Kontrolle, entwickeln dadurch oft eine inaktiv-fatalistische Haltung. Es ist also auch die Ortsbestimmung der Kontrolle oder besser die Wichtigkeit der Kontroll- überzeugung zu diskutieren.

#### 1) Die Anregung zur Selbstanweisung (Impulskontrolle)

Wie in der Einleitung vermerkt, spielt die Sprache bei der Verhaltens- steuerung eine große Rolle. Anfangs weisen die Eltern das Kind auf etwas hin, was es tun oder lassen soll; mit der Zeit übernimmt es deren Anweisungen zur Steuerung seines Verhaltens.

Meichenbaum gibt dazu ein Beispiel: Sein zweijähriger Sohn aß gern Äpfel, spuckte aber die Schalen und Kerne auf den Boden. "Jedesmal, wenn ich vom Büro nach Hause komme, fühle ich mich wie der Förster im Märchen von Hänsel und Gretel, der der Spur der ... Apfelschalen folgt. 'Schau David, Apfelschale, schmutzig. Ich werfe sie in die Mülltüte und nicht auf den Boden.' In diesem Moment applaudiert David regelmäßig zu meiner Vorstellung. Unsere Alternativen für die Lösung des Apfelschalenproblems erschienen ziemlich geradlinig: (a) Gib ihm geschälte Äpfel, (b) bring ihm bei, die Schalen zu schlucken, oder (c) entwickle ein Verhaltensprogramm mit Modellernen und Verstärkung. Da wir (a) als unpraktisch aufgaben, begegneten uns bei der Durch- führung von (b) und (c) beträchtliche Schwierigkeiten. Bald darauf ereignete sich etwas Interessantes. Eines Tages nahm meine Frau

David in den Schönheitssalon mit. Um ihn zu beschäftigen, hatte sie für ihn einen Apfel bei sich. Sie hatte das Gefühl, eher selbst beschäftigt zu sein, als David anfang, die Schalen auf den Boden zu spucken. 'David, nein, schmutzig', sagte Marianne, 'schau, die Schalen gehören in den Aschenbecher.' Was danach geschah, ist der Anlaß für die Schilderung dieser Anekdote. David spuckte ein Stück Apfelschale auf den Boden, sah sie sich an und sagte dann, während er sie aufhob und in den Aschenbecher legte, zu sich selbst: 'Bappy Tür ... alles gemacht' ... Nach mehreren Versuchen blieb das Verbalisieren aus. Er behielt das gewünschte Verhalten bei und übertrug es auf andere Situationen und Nahrungsmittel (z. B. Traubenkerne)." (Meichenbaum, D. W.: Kognitive Verhaltensmodifikation. Mchn. 1979, S. 15 f.) Bappy ist Davids Ausdruck für Abfall, Tür für den Begriff des Offenen, als Bezeichnung für das Ergebnis des Öffnens von Türen, Taschen usw.

Das Beispiel veranschaulicht das Voranschreiten der individuellen Verhaltensentwicklung. Der Beginn und die Hemmung von willentlichem, motorischem Verhalten gerät in drei Stadien unter die verbale Kontrolle: Im ersten Stadium wird das Kind durch die sprachlichen Hinweise und Anweisungen von anderen, in der Regel von den Eltern, kontrolliert und gesteuert. Im zweiten Stadium wird das laute Sprechen des Kindes zu einem wirksamen Verhaltensregulator. Schließlich übernimmt das innere, nicht geäußerte Sprechen die Selbststeuerung. Kimble und Perlmutter sprechen von einer geordneten Folge in der 'Automatisierung von Willensakten' (Kimble, G. u. Perlmutter, L.: The problem of volition. Psychol. Rev. 77, 1970, S. 361 - 384). Das Erlernen neuer motorischer Fertigkeiten vollzieht sich oft auch noch beim Erwachsenen nach diesem Schema. Anfangs gibt der Fahrlehrer Anweisungen, dann übernimmt der lernende Autofahrer selbst die Gangschaltung, wobei er anfangs bei Schwierigkeiten gelegentlich laut zu sich spricht. Wenn eine gewisse Routine erreicht ist, gibt der Autofahrer sich innere Impulse.

Das laute Zu-sich-selbst-sprechen beim Lernen, besonders bei der Ausführung motorischer Aufgaben, begünstigt im Vorschulalter die Ausführung. Mit Schulbeginn sollte das Kind gelernt haben, still zu sich selbst zu sprechen.



Die Bedeutung der Selbstanweisung für den Verhaltensaufbau wurde in überzeugender Weise bei der Erziehung impulsiver, hyperaktiver Kinder nachgewiesen. Virginia Douglas verglich hyperaktive mit sich normal verhaltenden Kindern bei Anwendung von 150 Variablen. Sie faßt das Ergebnis wie folgt zusammen: Die hyperaktiven Kinder "sind unfähig, ihre eigenen Impulse soweit zu kontrollieren, damit sie mit Situationen fertig werden, in denen Umsicht, konzentrierte Aufmerksamkeit oder geordnetes Planen erforderlich sind. Sie neigen dazu, ihre ersten Ideen vorschnell umzusetzen oder auf Situationsaspekte zu reagieren, die am meisten vordergründig und zwingend erscheinen. Dies dürfte sowohl bei Aufgaben der Fall sein, die Reaktionen auf visuelle oder auditive Reize erfordern, wie auch innerhalb visuell-motorischer und kinästhetischer Bereiche. Das gleiche Fehlverhalten - ein Fehlverhalten, das ich als Unfähigkeit aufzuhören, zu betrachten und zuzuhören bezeichnen möchte - scheint auch das Sozialverhalten der Kinder zu beeinflussen."(Douglas, V.: Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulsive control in hyperactive and normal children. Can. J. of. Beh. Science, 4, 1972, S. 259 - 276)

Eine der Hauptschwierigkeiten bereits im Kindergarten, aber dann vor allem in der Grundschule, ist die Unfähigkeit vieler Kinder, sich auf die Anweisungen der Erzieherinnen und Lehrer, auf die Aufgabenstellung und das Spiel bzw. die Lernarbeit zu konzentrieren. Im Unterschied zu den mehr reflexiven Vor- und Grundschulkindern ist bei den impulsiven Kindern das selbstregulatorische Sprechen schwach ausgebildet. Die impulsiven und hyperaktiven Kinder sind durch ihren Mangel an verbaler Vermittlung, an sinnbezogenem Sprechen zu sich selbst in vielfacher Hinsicht lernbehindert: Sie haben es schwer, ein Problem zu lösen, sich Begriffe anzueignen, Alternativen zu erwägen, Fragen zu stellen, Rückmeldungen systematisch und informativ (im Sinne des Versuchs und Irrtums) zu verwenden, Regeln zu formulieren und zu verinnerlichen, die sie in neuartigen Lernsituationen anleiten könnten.

...



Es ist also erzieherisch und therapeutisch geboten, den impulsiven Kindern zu helfen, ihren Problemlösungsstil zu ändern, d. h. vor allem zu denken, bevor sie handeln, also differenziert zu sich selbst zu sprechen.

Wo immer sich Gelegenheit bietet, sollten die Erzieher (Eltern und Lehrer) impulsive, hyperaktive und aggressive Kinder auffordern, 'laut zu denken'. Blom, Herbert und van Doorwick entwickelten ein Trainingshandbuch, das dreizehn Sitzungen beschreibt (vgl. Camp, B., Blom, G., Herbert, F. u. van Doorwick, W.: Think aloud: A program for development self-control in young aggressive boys. Manusc. Univ. of Colorado School of Medicine 1976, unveröffentlicht. Bornstein, P. u. Quevillon, R.: The effects of a self-instructional package on overactive preschool boys. J. of Applied Beh. Analysis 9, 1976, S. 179 - 188). In diesen erzieherischen und therapeutischen Programmen werden die Kinder aufgefordert, an sich selbst Fragen zu stellen. Z. B. sollten sie an sich bei der Aufgabe 'Zeichne einen Bären nach' folgende Fragen stellen: Worin besteht meine Aufgabe? Wie sieht mein Plan aus? Verwende ich meinen Plan? Wie bin ich vorgegangen?

Die Ergebnisse zeigen, daß die Einübung in Selbstreflexion und in Selbstanweisungen nicht nur für die Bearbeitung von Leistungsaufgaben, sondern auch für die Bewältigung zwischenmenschlicher Probleme von Bedeutung ist, also Verhalten verbessert.

Sozial isolierte Kinder sind nicht nur in ihrem Sozialverhalten gestört, sondern häufig auch in ihrem Leistungsverhalten. Gut erkennen kann man diese Kinder, indem man ihr Verhalten in der Gruppe und das Verhalten der Gruppe über einige Zeit hinweg beobachtet. Deutlicher noch zeigt sich die soziale Isolation, wenn der Lehrer ein Soziogramm der Klasse erstellt; es sind die 'neutralen' Kinder, die weder von den anderen geschätzt noch abgelehnt werden. Gottman, Gonso und Rasmussen behandelten sozial isolierte Kinder im dritten Schuljahr. Mit Hilfe eines Modellfilms über interagierende Kinder wurden die scheuen Kinder angeregt, mit anderen Kontakt aufzunehmen. Der Film wurde durch eine Stimme kommentiert, die Selbstgespräche

ber innerlich geführte Auseinandersetzungen nahelegte:

- 1) Wunsch, die Interaktionen anzufangen,
- 2) Sorge über negative Folgewirkungen,
- 3) Auseinandersetzung mit sich selbst,
- 4) Augenblick der Entscheidung, weiterzumachen,
- 5) Annäherung,
- 6) Grüßen,
- 7) Bitte um Erlaubnis, sich anzuschließen oder Hilfe zu erbitten.

wgl. Gottman, J., Gonso, J. u. Rasmussen, B.: Social interaction, social competence and friendship in children. Manuskript, unveröffentlicht. Indiana Univ. 1974)

Nach dem Film ging der Betreuer mit den Kindern den Inhalt des Films durch. Dabei machte er sie gegenüber möglichen Zurückweisungen von Seiten anderer Kinder durch Rollenspiele widerstandsfähig. Zugleich wurden bestimmte Fähigkeiten zu Verhaltensformen, z. B. Anfragen von Informationen oder Bitten um Erlaubnis, eingeübt. Letztlich wurde die Fähigkeit geübt, sich in der Unterhaltung auf etwas zu beziehen, z. B. den Standpunkt eines anderen einzunehmen.

Bei diesen und anderen Untersuchungen wurde deutlich, daß sozial isolierte häufig an sich selbst negative Aussagen richten. Diese negativen Selbstgespräche sind selbstschädigend, sie halten das praktizierte Verhalten aufrecht und behindern eine selbstgesteuerte Verhaltensänderung.

## 2) Die Beachtung der Selbstgespräche

Nach Kelly, dessen Arbeit nach einer Besprechung von Bruner als epochemachendes Werk gekennzeichnet worden ist, ist der Mensch ein sich selbst konstruierendes Wesen. Er bildet seine eigenen personellen Konstrukte heraus. Um den Menschen zu verstehen, also seine jetzigen Konstrukte zu erfassen, ist es nicht erforderlich, bis in die Zeit seiner frühen Kindheit zurückzugehen (Kelly, G. A.: The psychology of personal constructs. NY 1955 - Bruner, J. S.: You are your constructs. Contemp. Psychol. 1, 1956, S. 355).

Die Prozesse der Persönlichkeit sind psychologisch kanalisiert durch die Art und Weise, in der sie Ereignisse interpretiert und antizipiert. Die Personen unterscheiden sich voneinander durch ihre Konstruktionen von Ereignissen. Verhalten wird durch Erwartungen und Intentionen bestimmt. Die Interpretationen, die wir für uns selbst über die Ereignisse machen, bestimmen unser Erleben und Verhalten. Zugänglich werden uns die Konstrukte über Protokollanalysen und Berichte über Selbstgespräche.

Neben den Bewertungen und Erwartungen spielen die Attributionen eine große Rolle im Leben des Menschen. Klienten und verhaltensgestörte Kinder leiden unter selbstschädigenden Attributionen. Es ist z. B. wichtig, ob wir Erfolg und Mißerfolg in unserem Leben dem Glück/Unglück oder der eigenen Anstrengung/Lässigkeit zuschreiben, ob wir uns als endgültigen Versager oder vorübergehenden Verlierer auffassen, ob wir uns auf die Heilkraft der Medikamente oder die Selbstheilungskräfte verlassen. In den jeweils zuerst genannten Attributionen wird unsere Aktivität und Selbstbemühung außer Kraft gesetzt; wir verspüren von ihnen her keinen Antrieb, unsere Schwächen und Fehler anzugehen.

Um erzieherisch und therapeutisch wirksam werden zu können, müssen wir die basalen selbstschädigenden Attributionen bei den Klienten und gestörten Kindern abbauen; wir müssen die Attributionen verändern. Kognitive Verhaltenstherapie ist in dieser Sicht Attributionstherapie (vgl. Valins, S. u. Nisbett, R.: Attribution processes on the development and treatment of emotional disorders. In: Spence, J. Carson, R. u. Thibaut, J., Eds. : Behavioral approaches to therapy. Morristown, N. J. 1976).

Es wurde an anderer Stelle schon darauf hingewiesen, daß Klienten zumeist nichts über ihre Selbstgespräche und deren steuernde Verhaltenswirkung wissen. Erst wenn man mit ihnen erlebte Konflikt- und Versagenssituationen analysiert und bespricht, sie dabei nach den Vor- und Nachgedanken fragt, kommen sie auf das Phänomen ihrer Selbstgespräche und Selbstanweisungen. Wichtig ist nun, daß die Therapie nicht nur verbal stattfindet, etwa als Gesprächs- oder gar Sprechtherapie, sondern stets im Zusammenhang mit Verhalten und Handeln,

ben als Sprechen-Handeln-Training. Unser inneres Sprechen hat wohl Einfluß auf unser Verhalten; es ist aber nicht einfach an entsprechendes Verhalten gekoppelt. Wir können uns den Einfluß des Sprechens zunutze machen, zumal sprachliches Verhalten leichter verfügbar und veränderbar ist, müssen aber stets die Verbindung zum aktionalen Verhalten im Auge behalten. Nicht die gelungene Sprechveränderung wirkt sich selbstverstärkend aus, sondern erst die damit produzierte und einhergehende Verhaltensänderung.

Im Laufe der Therapie und der Erziehung verändert sich auch die Sprache des Klienten bzw. Kindes. Beide gewinnen aufgrund der sich erweiternden Erfahrung neue Beachtungsperspektiven in der Welt- und Lebensbewältigung. In ermutigender Erziehung lernt das Kind, an sich selbst und an seine Fähigkeiten - an Wachstum und Mächtigkeit - zu glauben. Bei gestörten Kindern und Klienten müssen erst die aufgebauten inneren Barrieren der Enttäuschung, des Versagens, der gelernten Hilflosigkeit oder protestierenden Aggression abgebaut werden. Hier vertreten wir innerhalb der Kognitiven Verhaltenstherapie eine zentrale These Alfred Adlers. Wir machen den Klienten auf seine 'Irrtümer' aufmerksam, sprechen aber nie von 'angeborenen Defekten' (vgl. Adler, A.: Der Sinn des Lebens. Wien, Lpz. 1933, S. 197).

Ein Problem, das wir bisher nicht genügend berücksichtigt haben, ist das der Selbstbeobachtung. Bevor Selbstkontrolle praktiziert wird, sollte der Klient über die Grundrate des eigenen Verhaltens informiert sein. Dabei ist es wichtig, daß man das, was zu beobachten und zu registrieren ist, möglichst präzise bestimmt und operationalisiert. Fragen, die sich dann bei der Selbstbeobachtung ergeben, sind: (1) Wie objektiv sind Selbstaufzeichnungen? (2) Verändert sich das Verhalten bereits durch die Selbstaufzeichnungen, so daß von einer in Richtung therapeutischer Effekte verschobenen Grundrate ausgegangen wird?

Der Klient kann die Rate des zu registrierenden Verhaltens in einem Verhaltenstagebuch oder in einem graphischen Schema festhalten. Wir haben es hier mit der Aufzeichnung negativer Gedanken und Selbstbewertungen zu tun. Günstig ist es, wenn der Klient dabei die Auslöser und Konsequenzen aufzeichnen kann. Da die Aufzeichnung ein

neues Verhalten darstellt und jede Aufzeichnung auch eine Selbstbewertung enthält, ändert sich die Topologie des Gesamtverhaltensrepertoires. Es ist schwer, hier genaue Angaben zu machen.

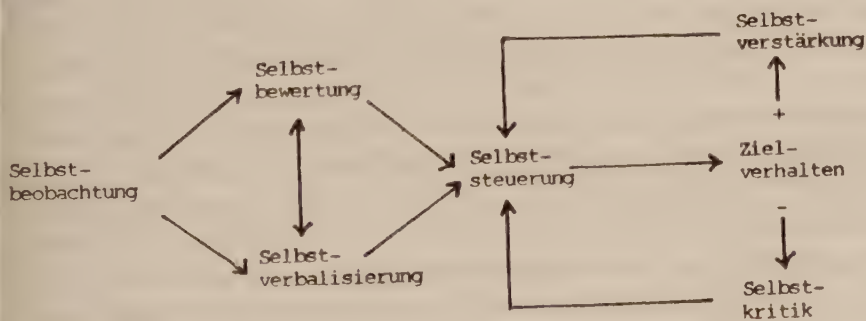
Die Genauigkeit der Aufzeichnungen ist von entscheidender Bedeutung. Da Selbstbeobachtung im allgemeinen kaum geübt worden ist, muß sie am Anfang der Therapie trainiert werden. Wieder ist darauf hinzuweisen, daß nicht nur das verbale, sondern zugleich auch das aktionale Verhalten erfaßt werden sollte. "Selbstbeobachtung kann als ebenso erlernbar und trainierbar angesehen werden wie andere Verhaltensweisen. Dabei sollte auf den Zusammenhang zwischen verbalem Bericht und tatsächlichem Verhalten größter Wert gelegt werden, denn alleinige Verstärkung des verbalen Berichts vom Spielverhalten bei Kindern erbrachte zwar eine erhöhte Frequenz dieser Berichte, aber keine aktuelle Veränderung des Spielverhaltens. Eine Veränderung im Verbalbereich resultiert nur dann aus einer Änderung des aktuellen Verhaltens, wenn der Zusammenhang zwischen diesen beiden Ebenen zum Gegenstand der Intervention wird." Reinecker stützt sich bei dieser Aussage auf eine Untersuchung von Risley und Hart (Reinecker, H.: Selbstkontrolle. Verhaltenstheoretische und kognitive Grundlagen, Techniken und Therapiemethoden. Salzburg 1978, S. 209 - Risley, T. R. u. Hart, B.: Development correspondence between the nonverbal and verbal behavior of preschool children. J. of Appl. Beh. Analysis 1, 1968, S. 267 - 281).

Die Beachtung der Selbstgespräche kann den Klienten und verhaltensgestörten Kindern helfen, ihr Fehlverhalten, ihre 'Irrtümer' besser zu erkennen. Damit ist oft schon ein wichtiger Schritt in der Therapie erreicht: die Erwartung einer Veränderung und die Hoffnung auf Erfolg.



### 3) Der Nutzen der Selbstverstärkung

Normalerweise verläuft unser Leben, Verhalten und Handeln nach ausgearbeiteten Mustern oder Figuren. Gerade ich dabei in Schwierigkeiten, verlaufen die üblichen Verhaltensketten nicht fließend, gelingt mir etwas nicht, geht etwas schief, treten also die erwarteten Verhaltenskonsequenzen nicht ein, dann werde ich zur Selbstüberwachung bzw. Selbstkontrolle herausgefordert. Die Selbstkontrolle setzt sich aus sieben Komponenten zusammen: Zunächst registriere und beobachte ich mein Verhalten. Ich stelle dabei gewisse Schwächen, Unzulänglichkeiten und Unzweckmäßigkeiten fest. Diese Selbstbewertung und Selbstverbalisierung veranlassen mich, eine Korrektur meines Verhaltens über die Selbststeuerung vorzunehmen. Gelingt mir dies nicht im gewünschten Maße, weicht also mein Verhalten vom angepeilten Zielverhalten ab, so führt dies zur Selbstkritik und über sie zu einer erneuten Selbststeuerung. Habe ich das Zielverhalten realisieren können, so sind die Bedingungen der Selbstverstärkung gegeben.



Aus der Lernpsychologie wissen wir, daß jedes erreichte Zielverhalten - der Erfolg - verstärkend wirkt. Von Selbstverstärkung sprechen wir aber erst dann, wenn das betreffende Individuum sich selbst für die Leistung anerkennt und lobt, gleichsam stolz auf die eigene Schulter klopft und sich in zusätzlicher Weise belohnt.

Die Selbstverstärkung ist ein eigenes Verhaltensmuster. Es kann gelernt werden. Es ist deshalb von Bedeutung, weil es erzieherische

und therapeutische Effekte stärkt und aufrechterhält und damit externe Verstärkung überflüssig macht. In verschiedenen Untersuchungen konnte gezeigt werden, daß die Selbstverstärkung dieselbe und zum Teil höhere Wirksamkeit für den Verhaltensaufbau hat wie die Fremdverstärkung. Die Wirkfaktoren interner und externer Verstärkung sind nicht identisch. Dies kann man u. a. daran erkennen, daß Individuen, die die Möglichkeit haben, die Kriterien für die Selbstbelohnung zu wählen, häufig an sich selbst sehr hohe Anforderungen stellen (vgl. Thorensen, C. E. u. Mahoney, M. J.: Behavior self-control. NY 1974, S. 78).

Selbstverstärkung setzt nach einem Verhalten einen positiven Stimulus oder entfernt einen aversiven Stimulus (positive bzw. negative Selbstverstärkung), so daß sich die Frequenz des verstärkten Verhaltens in Zukunft erhöht. Wichtig ist, daß die Verhaltenssequenz von dem betreffenden Individuum selbst eingeleitet wird und auf ein selbst vorgeschriebenes Kriterium für seine Handlungen kontingent ist.

Der Nutzen der Selbstkontrolle und Selbstverstärkung für die Therapie ist nach Kanfer von verschiedenen Bedingungen abhängig, von

- der Verpflichtung des Klienten, sich zu ändern,
- der Unvereinbarkeit der Beobachtungsreaktion mit dem symptomatischen Verhalten,
- der Höhe der Verstärkung für das Beobachten und Modifizieren des Verhaltens,
- den dem Verhalten innewohnenden verstärkenden Konsequenzen,
- dem timing der Selbstbeobachtung im Hinblick auf das symptomatische Verhalten.

(vgl. Kanfer, F. H.: Self-monitoring. Methodological limitations and clinical applications. J. of Consulting and Clinical Psychol. 38 1970, S. 148 - 152)

Der Effekt der Selbstverstärkung hängt weiterhin davon ab, wie weit sie sich auf präzise Verhaltensweisen bezieht. Es nutzt wenig, sich über Fortschritte in der Selbstsicherheit zu belohnen. Es müssen genauer umschriebene Verhaltensweisen angegeben werden, z. B. für einen selbstunsicheren Studenten, etwa 'sich im Seminar

'melden', 'eine eigene Meinung vertreten', 'einen Professor etwas fragen', 'sich trauen, anderen zu widersprechen' u. ä.

Die Bedeutung der Selbstverstärkung kann man am deutlichsten bei depressiven Klienten nachweisen. Wie Bandura zeigte, leidet der Depressive am Mangel geeigneter Selbstverstärkungen. Die therapeutische Vermittlung und damit das Ansteigen von positiven Selbstbewertungen führen zu einer Erhöhung der allgemeinen Aktivitätsrate und im Gefolge davon zu einer Minderung depressiver Verhaltensweisen (Bandura, A.: Vicarious and self-reinforcement processes. In: Bergin, A. E. u. Garfield, S. L., Eds. : Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis. NY 1971). Dem Depressiven fehlt bereits die positive Erwartungshaltung gegenüber den anderen und sich selbst. Dies beeinflusst den affektiven Zustand des Depressiven, so daß er bei der Selbstbewertung nicht in der Lage ist, sein eigenes Verhalten positiv zu bewerten. Aus diesem Grunde kommt es in der Therapie nicht nur auf eine Veränderung des Verhaltensrepertoires an, sondern auch auf die kognitive Neubewertung des Handelns und der Gedanken.

Eltern sollten ihre Kinder, Therapeuten ihre Klienten - besonders wenn sie zur Selbstunsicherheit neigen - zwischendurch regelrecht dazu anhalten, sich selbst für eine gelungene Arbeit oder ein positives Verhalten zu loben und sich danach etwas Gutes zukommen zu lassen. Die mangelnde Fähigkeit, sich selbst loben zu können, hat auch für unsere mitmenschlichen Beziehungen Folgen. Menschen, die sich selbst nicht loben können, können sich auch gegenüber anderen für deren Leistung nicht anerkennend und lobend äußern.

#### 4) Die Wichtigkeit der Kontrollüberzeugung

Die Auftretenswahrscheinlichkeit eines bestimmten Verhaltens hängt maßgeblich von zwei Bestimmungsstücken ab: von der Erwartung, daß das Verhalten zum Ziel führt und von dem Wert, den das Individuum dem Erreichen des Ziels zuordnet. Zwei weitere Variablen spielen dabei noch eine Rolle: die Bewältigungsauffassung und die Kontrollüberzeugung. Bei der Bewältigungsauffassung fragt sich das Individuum u. a.: 'Kann ich es erreichen, mit welcher Anstrengung, mit welchen Mitteln, in welcher Zeit' usw.; bei der Kontrollüberzeugung spreche ich entweder äußeren Kräften, wie Glück, Zufall, Schicksal anderen Mächten (locus of external control) oder eigenen Kräften, wie der Anstrengung, Geschicklichkeit, Begabung oder Körperstärke (locus of internal control) die Hauptwirksamkeit zu.

Die Kontrollüberzeugung hängt eng mit der Haltung der Selbstverantwortlichkeit zusammen. Schneewind und Rinke & Schneewind haben Fragebögen entwickelt, in denen die Kontrollüberzeugung und Selbstverantwortlichkeit erkundet werden (Schneewind, K.A.: Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung internaler und externaler Bekräftigungsüberzeugungen bei Kindern. Forschungsbericht 51, Univ. Erlangen-Nürnberg 1973, ... bei Erwachsenen. Arbeitsbericht 15, Univ. Trier 1976 - Rinke, R. & Schneewind, K.A.: Zwei Fragebogen zur Erfassung internaler und externaler Kontrollüberzeugungen bei Erwachsenen und Kindern. Arbeitsbericht 26, Univ. Hehn. 1978). Das Locus of Control-Konstrukt wurde von Rotter 1966 in seiner endgültigen Operationalisierung veröffentlicht (Rotter, J.B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychol. Monogr.: General and Applied 80, 1966). Danach ist die Reaktion auf ein verstärkendes Ereignis davon abhängig, in welchem Ausmaß die Überzeugung vorhanden ist, daß eine kontingente Beziehung zwischen der Verstärkung und dem eigenen vorausgegangenen Verhalten vorhanden ist. Je geringer die Überzeugung ist, daß die Verstärkung durch das eigene Verhalten bewirkt wurde (internale Kontrollüberzeugung), desto stärker ist Ihre gegenteilige Überzeugung ausgeprägt: Man glaubt, die Verstärkung ist unabhängig vom eigenen Verhalten, irgendwelche Kräfte außerhalb der Person teilen sie aus, haben die Kontrolle über das Auftreten (externale Kontrollüberzeugung).

Das Ausbleiben und Auftreten eines verstärkenden Ereignisses ist für Personen mit interner Kontrollüberzeugung von größerer Bedeutung als für Personen mit externer Kontrollüberzeugung. Sie sind bei Ereignisfolgen mehr betroffen bzw. engagiert. Personen mit interner Kontrollüberzeugung leben in der Überzeugung, viele Kontrollmöglichkeiten zu haben. Sie arbeiten im allgemeinen härter, werden dafür auch eher belohnt. Interne neigen dazu, Aktivitäten aufzusuchen, bei denen sie ihre Fähigkeiten zeigen können; Externe suchen Aktivitäten auf, bei denen sie zeigen können, daß sie Glück haben.

Die Kontrollüberzeugung müssen wir als ein Kontinuum zwischen zwei Polen generalisierter Erwartung sehen. Bei interner Kontrollüberzeugung erlebt sich das Individuum selbstbestimmt, aktiv und unbeeinträchtigt (Einhalten seiner Linie); die extern Kontrollüberzeugten achten mehr auf soziale Reize, sind eher passiv und Einflüssen von außen eher zugänglich. Wenn ich Erfolg bzw. Mißerfolg tüchtigkeitsbedingt oder zufallsbedingt ansehe, so wirkt sich dies auf die Erwartung unterschiedlich aus. Personen mit interner Kontrollüberzeugung strengen sich im allgemeinen mehr an; sie zeigen eine ausgesprochene Kontrollmotivation, d. h. ein Bedürfnis, sich und die Umwelt unter kognitiver Kontrolle zu halten und damit vorhersagbar zu machen.

Das Kontrollüberzeugungs-Modell ist mit dem origin-pawn-Modell von DeCharms verwandt (DeCharms, R.: Personal causation. NY 1968, u. DeCharms, R.: From pawns to origins: Toward self-motivation. In: Lesser, G. S., Ed.: Psychology and educational practice. Glenview/Ill. 1971). Nach DeCharms hat jedes Individuum das Bedürfnis, Urheber (origin) von kausalen Abläufen zu sein; es strebt nach persönlicher Verursachung (personal causation). Personen mit interner Kontrollüberzeugung sehen sich als Täter, Meister, diejenigen mit externer Kontrollüberzeugung sehen sich als Opfer, Strohmann, Spielball, Marionette. Mit dieser unterschiedlichen Selbstinterpretation geht auch ein unterschiedliches emotionales Erleben einher: Interne haben ein stärkeres Gefühl der Wirksamkeit. Dies ist allerdings abhängig von der jeweiligen Situation: Ein Individuum kann sich in mancher Hinsicht als origin, in anderer als pawn (Strohmann) fühlen.



Wenn ein Mensch häufig erlebt, daß zwischen seinem Verhalten und den Verhaltensfolgen eine Nicht-Kontingenz besteht, gerät er leicht in den Zustand gelernter Hilflosigkeit. Er entwickelt die Auffassung, daß die Ereignisse unkontrollierbar sind, er ihnen ausgeliefert ist, er nichts Positives zu erwarten hat. Die Störung zeigt sich in motivationalen, kognitiven und emotionalen Bereichen. Personen mit externer Kontrollüberzeugung neigen eher zu Depressionen als Personen mit interner Kontrollüberzeugung. Darüber hinaus können Depressionen an beiden Enden des Intern-Extern-Kontinuums auftreten. Bei extrem Externen führt die Unabhängigkeit zwischen eigenen Handlungen und Ereignissen zur Depression, bei extrem Internen führt bei Versagen die vorgenommene interne Ursachenzuschreibung zur Depression. In diesem Zusammenhang ist auch das Konstrukt Hoffnungslosigkeit (hopelessness) von Bedeutung. Die negative Erwartung in bezug auf das Selbst und seine Zukunft kann die Aktivitätskräfte eines Individuums lähmen (vgl. Stotland, E.: The psychology of hope. San Francisco 1969).

Es erhebt sich die Frage, woher die Unterschiede zwischen den Personen kommen? Sie sind, wie vor allem die Untersuchungen von Schneewind ergeben haben, Ergebnis der individuellen Verstärkungsgeschichte, d. h. der Erfahrung mit Verhalten-Verhaltensfolgen-Kontingenzen in Familie und Schule. Damit ist aber auch die Annahme nahegelegt, daß operante Verfahren eine Änderung der Kontrollüberzeugung bewirken können. Von entscheidender Wichtigkeit ist die Selbständigkeitserziehung, d. h. die rechtzeitige Förderung autonomen Verhaltens. In der Familie scheint in dieser Hinsicht die Mutter eine wichtige Rolle zu spielen.

Selbständigkeitserziehung fördert die Selbstverantwortlichkeit im Aufbau des Verhaltensgefüges. Wie schon eingangs vermerkt, hat Schneewind Fragebogen zur Feststellung von Selbstverantwortlichkeit entwickelt. Ein Mangel an Selbstverantwortlichkeit zeigt sich z. B. in Aussagen wie: Ich kann nichts mehr ändern, wenn ich etwas falsch gemacht habe . - Ich kann wenig machen, wenn mich jemand nicht leiden kann. - Ich bekomme oft die Schuld für Dinge zugeschoben, für die ich nichts kann. Für eine hohe Ausprägung

der Selbstverantwortlichkeit sprechen etwa folgende Aussagen: Ich habe bei der Auswahl meiner Freunde große Entscheidungsfreiheit.

- Ich kann etwas daran ändern, wenn jemand auf mich wütend ist.
- Ich glaube, daß ich durch Planen meine Zukunft besser gestalten kann.

Eine hohe Ausprägung der Selbstverantwortlichkeit ist mit einer größeren Anzahl von positiven Verhaltenseigenschaften verbunden, z. B. mit

- einem positiven Selbstkonzept,
- einem hohen Maß an Leistungsbereitschaft und Erfolgsmotiviertheit,
- einer komplexen und präzisen Informationsaufnahme,
- einem hohen Maß an emotionaler Stabilität und Angstfreiheit,
- einer größeren Bereitschaft zum Belohnungsaufschub,
- einer optimistischen Lebensgrundeinstellung und Zukunftsperspektive,
- geringer Konformität und höherer Resistenz gegenüber Beeinflussungs- und Überredungsversuchen,
- einem hohen Maß an sozialer Kompetenz, Selbständigkeit und aktiver sozialer Beteiligung.

(vgl. Schneewind, K. A.: Familiäre Aspekte der Selbstverantwortlichkeit. In: Mielke, R., Hrsg.: Interne/externe Kontrollüberzeugung. Bern/Stuttg. 1982, S. 205) Nach Schneewind sind Verhaltensziele, Kompetenzen und Selbstverantwortungsüberzeugungen wichtige Bestimmungsstücke des konkreten Verhaltens.

Für die Entwicklung der Selbstverantwortlichkeit im Kindesalter scheinen - wie schon angedeutet - die Mütter mit ihrem Umgangs- und Erziehungsverhalten wichtig zu sein. Deutlich hat dies Loeb in einem Experiment demonstriert. Eine Gruppe von 10jährigen Jungen hatte im Beisein der Mütter Puzzles zu lösen. Die Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktionen ergab: Wenig selbstverantwortliche Kinder hatten äußerst direkte Mütter. Diese konnten es nicht ertragen, wenn ihre Söhne sich um die Lösung des Puzzles bemühten. Sie nahmen den Kindern die Aufgabe ab und lösten das Puzzle zum Teil selbst (Loeb, R. C.: Concomitants of boys locus of control examined in parent-child interactions. Developm. Psychol. 11, 1975, S. 353 - 358).

Ungünstig für die Entwicklung der Selbstverantwortlichkeit von Kindern ist ein Sozialisationsklima, in dem autoritäre Durchsetzung väterlicher Normen vorherrscht. Ein solches Erziehverhalten ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet: Im Hinblick auf Erziehungsziele ist das Erziehverhalten auf soziale Anpassung, Konfliktvermeidung und beruflichen Opportunismus bei gleichzeitigem sozialen Ehrgeiz und Geltungsstreben ausgerichtet. An Erziehungseinstellungen herrschen vor: starke autoritäre Rigidität, Tendenz zur überbeschützenden Kontrolle und Mangel an Gelassenheit im Umgang mit dem Kind. In der Erziehungspraxis dominieren Bestrafungstechniken, wie Liebes- und Privilegienentzug und eingeschränkte verbale Belohnung.

Förderlich für die Entwicklung der Selbstverantwortlichkeit von Kindern ist etwa folgendes Sozialisationsklima: (1) in dem das Kind eigenen Verhaltenszielen nachgehen kann, (2) in dem es Anregungen für den Erwerb kompetenter Verhaltensmuster erhält, (3) in dem es die Möglichkeit zum Austesten eigener Handlungspotentiale hat und (4) in dem es vornehmlich positive Rückmeldungen über sich und sein Verhalten erhält. Das förderliche Familienklima läßt sich in drei Dimensionen festhalten:

#### Beziehungssituationen

- Familienzusammengehörigkeit
- Ausdrucksfreudigkeit
- gute Konfliktbewältigung

#### Persönliche Entwicklungsdimensionen

- persönliche Entscheidungsfreiheit
- Wettbewerbsdenken
- intellektuelle Anregungen
- kulturelle Freizeitinteressen

#### systembezogene Dimensionen

- wechselseitige Verlässlichkeit
- Einhalten vereinbarter Regeln

Da die internale Kontrollüberzeugung mit emotionaler Stabilität und Angstfreiheit verbunden ist, kann erwartet werden, daß zwischen Internalität und Schulleistungen bzw. Schulerfolgen eine positive Beziehung besteht. Nachgewiesen wurde dies in einer Arbeit von Bar-Tal und Bar-Zohar (Bar-Tal, D. u. Bar-Zohar, Y.: The relationship between locus of control and academic achievement. Contemporary Educ. Psychology 1977, S. 181 - 199). Die Schule hat die Aufgabe, realistische intern

Wahrnehmungen von Kontrolle zu fördern, die Internalität (Selbstständigkeit, Eigeninitiative, aktives Bemühen) bei Kindern zu fördern. Im individualisierenden Unterricht hat sie vor allem nicht nur die Objektiven, sondern auch die personalen Leistungen - die Anstrengung und den Kraftaufwand - zu beachten und anzuerkennen. "In einer Schulklasse sei eine Rechenarbeit geschrieben worden. Objektiv gesehen müssen die Arbeiten aller Schüler an dem Höchstmaßstab der Fehlerlosigkeit gemessen und danach die Leistungen rangiert werden. Zugleich aber hat der Lehrer auch die Aufgabe, zu individualisieren: und unter diesem Gesichtspunkt ist die personale Leistung des rechnerisch unbegabten Schülers, der es diesmal durch intensivste Vorbereitung und durch größte Anspannung während der Arbeit zu nur 6 Fehlern gebracht hat, höher zu bewerten als die fehlerfreie Arbeit seines hochbegabten Klassenkameraden." (Stern, W.: Allgemeine Psychologie auf personalistischer Grundlage. Den Haag <sup>2</sup>1950, S. 641 f.) Indem der Lehrer die Selbstbeanspruchung mit in seine Bewertung einbezieht, fördert er die interne Kontrollüberzeugung.

#### 4. Der Aufbau der Sozialhaltung

Neben der intelligenten Leistungsfähigkeit ist die soziale Kompetenz für Leben und Lebenserfolg wichtig. Beide Fähigkeiten werden in den frühen Jahren im Zusammenhang mit der Sprachentwicklung ausgearbeitet. Wir wollen uns in diesem Kapitel mit dem Sozialverhalten im Zusammenhang mit der kognitiven Entwicklung befassen. In dieser Sicht kommt - worauf vor allem Monika Keller hingewiesen hat - dem Konzept der Rollenübernahme (RÜ) eine große Bedeutung zu (Keller, M.: Kognitive Entwicklung und soziale Kompetenz. Stuttg. 1976).

"Unter Rollenübernahme versteht man die innere symbolische Rekonstruktion von Verhalten, Erleben und Erwartungen anderer ..., mit denen das Subjekt sich, real oder vorgestellt, in Interaktion befindet. Der Prozeß der RÜ ist damit fundamental für die Erklärung von Interaktions- und Kommunikationsprozessen. Wann immer Menschen miteinander in Beziehung treten, interpretieren sie Motive, Gefühle, Absichten, Ziele, Erwartungen und Standpunkte der Handlungspartner. Um diese Interpretation vornehmen zu können, muß das Subjekt über die Fähigkeit verfügen, die Perspektive des anderen einzunehmen,

eine Situation (einschließlich der eigenen Stellung darin) mit den Augen des anderen zu sehen bzw. aus der Perspektive des anderen zu rekonstruieren, um so das Verhalten des anderen verstehen und vorhersagen zu können." (Keller, S. 17).

Das Individuum gewinnt in der Rollenübernahme Verständnis für die Erwartungen und Handlungen anderer und für die diesen Handlungen zugrundeliegenden Bedingungen. Rollenübernahme ist also ein kognitiver Prozeß. In ihm werden psychische Qualitäten anderer erschlossen, die nicht direkt beobachtbar sind.

Die mit der Wahrnehmung, Erfahrung und Interaktion gegebenen Schlußfolgerungen zeichnen die meisten kognitiven Prozesse aus. Es ist für sie charakteristisch, daß sie über die gegebenen Informationen hinausgehen, was Bruner in der Formel 'to go beyond the information given' ausgedrückt hat (Bruner, J. S.: Going beyond the information given. In: Bruner, J. S. u. a., Hrsg.: Contemporary approaches to cognition. Cambridge 1957, S. 41 - 69). Der Mensch nimmt seine Umwelt nicht nur hin oder passiv wahr, er organisiert die Informationen über die Umwelt (Perzepte, Konzepte) und attribuiert ihnen Bedeutungen, stattet sie mit Sinn aus.

Die Rollenübernahme ist in erster Linie ein intellektuell-rationaler Prozeß der Teilhabe am anderen, dabei aber auch eine affektive Teilhabe im Sinne des Ein- und Mitfühlens. Durch die Übernahme der Perspektive des anderen bildet sich Selbstbewußtsein und Intelligenz. Das Individuum reagiert nicht nur auf Handlungen, sondern auf Intentionen, d. h. auf die Bedeutung der Handlungen.

Die Fähigkeit der Rollenübernahme entwickelt sich nach Selman in vier Stadien (Selman, R.: A structural analysis of the ability to take another's perspective: stages in the development of role-taking ability. Philadelphia 1973):

Im Stadium der egozentrischen Rollenübernahme mit vier bis sechs Jahren versteht zwar das Kind schon die Gefühle anderer aus einem unmittelbaren Mitempfinden. Es vermag aber noch nicht die Standpunkte von Selbst und anderen zu differenzieren, die gegenseitigen Motive und Erwartungen zu unterscheiden. Die Handlungen anderer werden noch nicht interpretiert.



Im Stadium der sozial-informativen Rollenübernahme (etwa 6 bis 8 Jahre) weiß das Kind, daß die anderen Handlungen und Situationen unterschiedlich sehen, interpretieren und beurteilen. Es weiß auch, daß Handlungen zufällig und unbedacht oder überlegt und absichtlich verlaufen können. Dem Verhalten werden psychische Gründe unterlegt.

Im Stadium der selbst-reflexiven Rollenübernahme (etwa 8 bis 10 Jahre) kommt das Kind zur Einsicht der Wechselseitigkeit: Ich sehe und beurteile den anderen von mir und meiner Perspektive aus, der andere sieht und beurteilt mich von seiner Perspektive aus. Um den anderen und das, wie er mich sieht und beurteilt, zu verstehen, muß ich mich in seine Lage und Sichtweise versetzen. Wenn das Kind lernt, sich selbst aus der Perspektive des anderen zu sehen, entsteht die Möglichkeit, über das eigene Denken zu reflektieren; es entwickelt sich eine neue Form des Selbstbewußtseins.

Im vierten Stadium der wechselseitigen Rollenübernahme (ab 10 bis 12 Jahren) gewinnt das Kind Verständnis für die Wechselseitigkeit sozialer Perspektiven. Es vermag sein Verhalten und das Verhalten anderer vom Standpunkt eines Dritten - eines Beobachters - her zu betrachten. Durch die Verinnerlichung der sozialen Normen wird der Beobachter zum 'generalisierten anderen', d. h. zum verbindlichen und verpflichtenden Normensystem.

Dem Spiel kommt beim Erlernen des Perspektivenwechsels eine besondere Rolle zu. Das Kind spielt z. B. nicht nur Mutter, sondern Mutter und Kind, nicht nur Käufer, sondern Kaufmann und Käufer. Im Spiel lernt es soziale Reversibilität, die Grundbedingung für Verstehen und Verständigung in sozialer Situation.

Die soziale Entwicklung umfaßt drei Prozesse, die zueinander in enger Beziehung stehen: (1) Das Lernen angemessener Verhaltensweisen, d. h. Verhaltensweisen, die von der sozialen Gruppe, zu der es gehört, akzeptiert und erwünscht sind; (2) das Übernehmen anerkannter sozialer Rollen. Eine soziale Rolle ist ein Gefüge üblicher Verhaltensweisen, das durch die Mitglieder einer sozialen Gruppe festgelegt und von ihnen erwartet wird. So gibt es festgelegte Rollen, z. B. für Eltern und für ein Kind, für Lehrer und Schüler, Geschwister usw. (3) Die Entwicklung sozialer Einstellungen, wie sie sich im Gefühl für Gleichheit, Kommunikation und Kooperation äußern.

Schon früh im ersten Lebensjahr äußert das Kind das Verlangen nach Berührungs-, Blick- und 'Sprach'kontakt mit Erwachsenen. Die Entwicklung des Sozialverhaltens hängt zum größten Teil von den Erfahrungen ab, die das Kind in den ersten Jahren seines Lebens macht. Diese Erfahrungen wiederum hängen ab von den Möglichkeiten und Gelegenheiten, die ihm zu Kontakt und zur Interaktion mit anderen geboten werden. Von Bedeutung ist weiter die Motivation zu Kontakt und Interaktion. Wenn das Kind in sozialen Kontakten Befriedigung findet, wird das Bedürfnis nach Zusammensein mit anderen gestärkt. Die meisten sozialen Verhaltensweisen werden über die Nachahmung und Identifizierung von Bezugspersonen, also über Modellernen und das Einüben in eine Rolle, gelernt. Umgang mit anderen und Miteinander-gutauskommen ist ein langwieriger Lernprozeß, der oft erst im Erwachsenenalter das gewünschte Niveau erreicht. "Untersuchungen über die Frage, warum heranwachsende Jungen und Mädchen sich unglücklich fühlen, haben die Bedeutung sozialer Probleme herausgestellt. Die Heranwachsenden glauben z. B., daß sie noch lange nicht gelernt haben, wie man mit anderen Menschen gut auskommt, daß sie nicht wissen, wie sie mit ihren Freunden umgehen sollen, um Streitereien und den Abbruch der Freundschaft zu vermeiden, daß sie nicht wissen, wie sie sich in sozialen Situationen unbefangen benehmen sollen, und daß sie nicht wissen, wie sie die Eigenschaften erwerben sollen, die sie möglicherweise zu Anführern machen." (Hurlock, S. 263 f.)

Diese einleitenden Bemerkungen sollen dreierlei deutlich machen: (1) daß Sozialverhalten einmal eng mit der kognitiven Entwicklung bzw. dem kognitiven Niveau verbunden ist; (2) daß die Kernfunktion des Sozialverhaltens in der Fähigkeit der Rollenübernahme gesehen werden kann und (3) daß wir bei Fördermaßnahmen auch hier den Entwicklungsstand des Kindes zu berücksichtigen haben.

Für Erziehung und Therapie verdienen vier Gesichtspunkte besondere Beachtung: die soziale Sensibilität, deren Entwicklung in hohem Maße von der akzeptierenden und liebenden Zuwendung und dem Modellverhalten der Eltern abhängt. Wichtig - und hier liegt einer der Schwerpunkte der Therapie - ist die soziale Aktivität. Psychische und psych

somatische Störungen sind zugleich Beziehungsstörungen. Sie äußern sich in sozialer Inaktivität, Vermeidungs- oder Rückzugsverhalten und in 'selbstgewählter' Isolierung. Im Unterschied zur sozialen Sensibilität können hier - weil wir es mit offenkundigem Verhalten zu tun haben - Anregungen, Anleitungen und Trainingsmaßnahmen eingesetzt werden. Da menschliches Zusammenleben stets mit Spannungen und Konflikten verbunden ist, muß der Mensch lernen, mit Konflikten zu leben, sie zu bewältigen. Wir sprechen von der Fähigkeit der Konfliktregelung. Letztlich ist es ein wichtiges Erziehungs- und Therapieziel, dem Kinde und Klienten beim Aufbau sozialer Verantwortlichkeit beizustehen.

#### 1) Die Verstärkung sozialer Sensibilität (Mitleid)

Die Fähigkeit, auf andere einzugehen, ihre Gefühle, Bedürfnisse und Wünsche, Befürchtungen und Ängste zu verstehen und im Umgang mit ihnen darauf Rücksicht zu nehmen, bezeichnen wir als soziale Sensibilität. Der sozial sensible Mensch hat eine 'Antenne' für die jeweilige Lagebefindlichkeit des anderen.

Verhaltensgestörte Kinder und erwachsene Klienten ziehen oft nicht die Folgen ihres Verhaltens in Betracht. Sie entwerfen auch keine Handlungsalternativen. Sie verhalten sich häufig impulsiv, ohne Rücksicht auf andere. Alfred Adler würde hier einen Mangel an Gemeinschaftsgefühl konstatieren.

Sensibilität zeigt sich nicht nur im sozialen Bereich; soziale Sensibilität ist eine Sonderform der umfassenderen Wahrnehmungssensibilität. "Der Mensch muß die Welt sehen, hören, ertasten, riechen, schmecken, auch wenn all diese Erfahrungen nicht objektivierbar sind. Er muß Schönheit und Häßlichkeit wahrnehmen, und zwar nicht nur in einem anschließenden Bewertungsakt, der von der Erkenntnis säuberlich zu scheiden ist. Schon das Kind erfährt sich selbst im Kontakt mit der Mutter, vermittelt über das wohlige Hautgefühl und die Wärme. Bei einer Wanderung in die Berge, beim Trimm-Trab oder beim Sport erfährt sich der Mensch

in seinem Leib, Kraftgefühl; Anspannung und Erschlaffung begründen eine unmittelbare Selbsterfahrung. Aber auch zum anderen Menschen findet man keinen Zugang ohne Einfühlungsvermögen, Empathiefähigkeit, Feinfühligkeit oder 'Gespür' für die sonst verborgenen Tiefenregionen. Diese umfassende Fähigkeit, sinnlich wahrnehmend, fühlend, spürend die Welt zu erschließen, bezeichnen wir als 'Sensibilität'." (Kerstiens, L.: Erziehungsziele neu befragt. Bad Heilbrunn 1978, S. 191)

Woran erkennen wir Sensibilität und insbesondere soziale Sensibilität? Der sensible Mensch reagiert bereits auf Andeutungen; er ist aufgeschlossen für andere und im hohen Maße ansprechbar. Er geht Beziehungen ein, nimmt am Leben anderer teil, bemüht sich um einfühlerisches Verstehen, also Empathie. Sein Verhalten ist behutsam und rücksichtsvoll. Sensibilität äußert sich im vorsichtigen Umgang mit Dingen, in der Pflege von Tieren, im rücksichtsvollen und hilfsbereiten Verhalten zu anderen Menschen, im Zuhören, Ansprechen, Eingehen auf andere, im Mitfühlen und im Miteinander-sprechen.

Mitgefühl wird in der Psychologie auch unter dem Begriff der positiven Identifikation erörtert, nämlich als eine "Tendenz, Gefühle und Emotionen einer anderen Person zu empfinden und an ihnen teilzuhaben. Es bringt die Disposition zum Ausdruck, mit jemandem zu leiden, und ihre Folge ist Bedauern, Mitleid und Erbarmen." (Ley, A. u. Wauthier, M. L.: Etudes de psychologie instinctive et affective. Paris 1946, S. 115 f.) Dabei brauchen die Gefühle des Sympathie-Schenkenden nicht mit denen des Empfängers identisch zu sein. Heider stützt sich hier auf Untersuchungen von Dembo und ihren Mitarbeitern:

"Der Schenkende kann die Situation nicht so sehen, wie sie der Empfänger sieht. Er kann nicht alle emotionalen Verzweigungen des Verletztwerdens kennen. Sogar dann, wenn er vieles von dem verstehen würde, was es bedeutet, verletzt zu werden, würde er das Leiden nicht in derselben Weise empfinden wie die verletzte Person. Er erleidet weder die tatsächliche soziale Deprivation noch die selbstabwertenden Gefühle des Empfängers. Der Empfänger ist traurig über den Verlust als solchen, der Schenkende, weil der Empfänger leidet. Der Inhalt ihrer Trauer ist deshalb verschieden ... Der Schenkende braucht sich weder der Stimmung des Empfängers in der Intensität anzunähern noch ist es notwendig, daß seine Stimmung qualitativ die gleiche ist;



solange sie nicht inkongruent ist, braucht der Mitfühlende nicht auch deprimiert zu werden. Es gibt andere Manifestationen der Sorge, die hinreichend mit der Stimmung des Empfängers harmonieren, um als Mitgefühl angesehen zu werden." (Dembo, T., Leviton, G. L. u. Wright, B. A.: Adjustment to misfortune - a problem of social-psychological rehabilitation. Artificial Limbs 3, 2, 1956, S. 28 - zit. von Heider, F.: Psychologie der inter-personalen Beziehungen. Stuttg. 1977, S. 326 f.)

Erforderlich für wahres Mitgefühl ist also weniger Identität, sondern Kongruenz der Gefühle. Wir sollten wahres Mitgefühl von emotionaler Ansteckung unterscheiden, bei der eine Emotion anderer einfach eine gleichartige Emotion hervorruft. Mitgefühl erfordert eine gewisse Kenntnis der Situation und der psychologischen Verfassung der anderen Person. Mitleid enthält also in sich eine kognitive Komponente. "Weil uns die Situation und das Erleben anderer bewußt wird, können wir mit ihnen fühlen. Eine einfache Kopie einer beobachteten Reaktion kann sogar ein Zeichen für eine inadäquate soziale Reaktion sein. Es gibt Zeiten, in denen der Anblick von Leiden eine Person lediglich an eigenes Leiden erinnert; wenn das so ist, hat sie ganz eindeutig den sozialen Kontakt verloren." (Asch, S. E.: Social psychology. NY 1952, S. 171 f.)

Das Mitgefühl konkretisiert und verdichtet sich in besonderer Weise im Mitleid. Wie Schulz ausführt, ist Mitleid ein unmittelbares Verhalten; es setzt direkt beim Anblick des Leidens anderer ein. Dabei sieht man von der bestimmten Person ab, sieht den Leidenden nur als Leidenden:

"Das Mitleid muß daher von vornherein als ein von persönlichen Bedingungen entschränktes Verhalten angesehen werden, und dementsprechend kann es nicht auf den Bezug zu Menschen, die mir als Vertraute im Nahhorizont begegnen, eingegrenzt werden. Die Universalität kommt auch dem entsprechenden Gegensatz zum Mitleid, nämlich der Grausamkeit, zu. Auch die Grausamkeit ist jedenfalls in ihren radikalen Formen ein apersonales Verhalten. Der andere wird zum reinen Objekt der zerstörenden Lust freigesetzt, d. h. er wird entpersönlicht, sei es in psychischer oder physischer Hinsicht. Das Ziel ist es, seine Menschlichkeit zu negieren. Dieser Vorgang der Entpersönlichung aber ist und bleibt ein direkter Bezug; man braucht den anderen als unmittelbares Objekt, wenn man sein Leiden ansehen und genießen will." (Schulz, W.: Philosophie in der veränderten Welt. Pfullingen 1974, S. 750)



Mitleid wird durch das anschauliche Leiden eines anderen Menschen herausgefordert. Es erwacht dabei der unmittelbare Wille zu helfen. Mitleid ist aber nicht ein reaktives Verhalten. Es kann sich als vorgreifende Bereitschaft konstituieren, Leiden, wo auch immer es auftritt, zu lindern und zu vermeiden.

Diese Fähigkeit zum Mitleiden entwickelt sich bei den Kindern etwa ab dem Alter von drei Jahren, erreicht aber ihre Ausprägung erst mit zehn bis zwölf Jahren.

Ich habe schon angedeutet, daß die Fähigkeit zum Mitleiden gewisse Voraussetzungen hat, nämlich die Einsicht in soziale Sachverhalte. Das Kind muß fähig sein, sich in die Rolle eines anderen zu versetzen und eine Situation aus seiner Perspektive her zu sehen.

In einer umfangreichen Studie über das Mitgefühl von Kindern im Vorschulalter stellte man fest, "daß zwei- und dreijährige Kinder auf blaue Flecken, Beulen, Schwellungen und kleinere Verrenkungen nicht mit Mitgefühl reagierten, auch nicht auf ein Bild, das zeigte, wie Rotkäppchen vom Wolf gefressen wird, oder auf Bilder von Unfällen oder Beerdigungen oder auf Krüppel oder Leute mit Krücken. Die Dreijährigen reagierten im allgemeinen mitfühlend auf Blinde wie auch auf Leute, die Bandagen tragen, deren Wunden mit Heftpflastern oder Verbänden bedeckt sind oder bei denen man rote Schwellungen, Narben oder Schrammen sehen kann. Sie zeigten Mitgefühl gegenüber Kindern, denen man das Spielzeug weggenommen hatte ..." (Murphy, L. B.: Personality in young children. NY 1958, zitiert von Hurlock, S. 286)

Nach Hurlock zeigen Mädchen bereits ab drei Jahren im allgemeinen mehr mitfühlendes Verhalten als Jungen. Doch hängt Mitleid im starken Maße davon ab, wie sehr ein Kind eine Situation verstehen kann. Die Sensibilisierung auf Mitleid im frühen Alter ist besonders vom Verhalten der Eltern zueinander und zu ihren Kindern, dann aber auch abhängig von deren Verhalten gegenüber Schwachen, Kranken und Benachteiligten. Wie alle sozialen Haltungen, so werden auch Mitleidsfähigkeit und -bekundung vorwiegend über das Modellernen angeregt und entwickelt. In verschiedenen Erhebungen

ist der Zusammenhang zwischen elterlicher Wärme und Fürsorglichkeit und prosozialem Verhalten - d. h. positivem sozial-orientierten Tun - ihrer Kinder nachgewiesen worden (Rutherford, E. u. Mussen, P.: Generosity in nursery school boys. Child Developm. 39,1968, S. 755-765).

Beim Modellernen kommt es weniger auf das an, was Eltern sagen, sondern auf das, was sie tun. Die praktischen Handlungen haben mehr Bedeutung als verbale Äußerungen (vgl. Rosenhan, D.: Prosocial behavior in children. In: Hartup, W. W., Hrsg. : The young child: Reviews of research. Bd. 2. Washington D. C. 1972, S. 354).

Häufig spielen bei unserem Mitleidsverhalten aber auch situative Momente eine große Rolle. Mitleidsfähigkeit ist also keine feststehende Charaktereigenschaft. Zum Beispiel werden Kinder nach Erfolgserlebnissen altruistischer. "In einem Experiment erlebten Kindergruppen beim Spiel Erfolg, Fehlschläge oder einen neutralen Ausgang; danach erhielten sie Gelegenheit, einen Geldbetrag zum Ankauf von Spielzeug für arme Kinder zu leisten. Von den Kindern mit Spielerfolgserlebnissen - deren Empfindungen daher mutmaßlich positiver gestimmt waren - stifteten mehr Kinder Geld, und zwar auch höhere Summen als diejenigen, die unterlegen waren oder einen unentschiedenen Spielausgang hatten hinnehmen müssen." (Mussen, P.H., Conger, J. J. u. Kagan, J.: Lehrbuch der Kinderpsychologie, Stuttg. 1976, S. 417)

Die Ansprechbarkeit in Richtung Hilfsbereitschaft ist auch abhängig von der aktuellen Lage, in der sich der potentielle Helfer befindet. Muß sich z. B. ein Schulkind beeilen, daß es noch rechtzeitig zur Schule kommt, dann wird es die schwachsichtige Frau, die es bittet, sie über die verkehrsreiche Straße zu führen, leicht 'übersehen'.

Nach alledem ist deutlich geworden, daß man soziale Sensibilität, speziell Mitleidsverhalten, nicht durch Belehrungen vermitteln kann, sondern durch Vorbildverhalten. Darüber hinaus haben Eltern, Erzieherinnen und Lehrer die Möglichkeit, prosoziales Verhalten der Kinder in aktuellen Situationen zu verstärken. Letztlich kann man das prosoziale Verhalten in Rollenspielen anhand simulierter Not-situationen auf vielfältige Weise vorführen und praktizieren.

Ich werde die hier erörterten Sachverhalte im letzten Abschnitt dieses Kapitels unter der Überschrift 'Weckung sozialer Verantwortlichkeit' noch weiterverfolgen und vertiefen.

## 2) Aufforderung zur sozialen Aktivität (Kameradschaftlichkeit)

Viele Problemkinder und Klienten neigen aufgrund ihrer psychischen und psychosomatischen Beschwerden zum Vermeidungs- und Rückzugsverhalten, zur Inaktivität und Isolation. Der Gewinn dieses Verhaltens ist nur kurzfristig. Man entzieht sich vorübergehend der Lösung von Problemen und der Auseinandersetzung mit anderen. Daß sich die Betroffenen dabei nicht wohl fühlen, zeigt sich in ihren Rechtfertigungen: 'Ich schaffe es doch nicht!' 'Die anderen mögen mich nicht.' 'Ich bin den Auseinandersetzungen nicht gewachsen.' 'Die Welt ist schlecht und grausam.'

In Erziehung und Therapie sind die Kinder bzw. Klienten zunächst zur Kontaktaufnahme zu ermutigen.

In der Einzeltherapie ist das durch das Entgegenkommen, die bedingungslose Annahme des Klienten und die freundliche Zuwendung des Therapeuten möglich. Über diese Zweierbeziehung läßt sich in der Folgezeit eine erweiterte Beziehung anbahnen. In der Gruppentherapie gibt es spezielle Übungen, um den Klienten in die Gruppe einzubeziehen. Die Gruppe bildet z. B. einen Kreis; der Rückzugsklient steht außerhalb. Er wird aufgefordert, in den Kreis der Gruppe zu gelangen. Da diese die Arme verschränkt hat und dicht beieinandersteht, ist dies nicht leicht zu schaffen. Auf die Bitte des Klienten, in den Kreis treten zu dürfen, reagiert die Gruppe zunächst ablehnend. Er soll sich den Weg bahnen. Mit Geschick und Kraft gelingt es dem Klienten dann doch, in den Kreis zu kommen. Jetzt gratuliert ihm die Gruppe und streichelt ihn zum Zeichen der Aufnahme. Der Klient hat mit Anstrengung seine Widerstände aufgegeben und sich in die Gruppe eingeordnet. Durch die Reaktion der Gruppe erkennt er aber auch anschaulich und hautnah, daß er als Mitglied geschätzt wird. Dieses Erlebnis löst im Klienten oft Freudentränen aus.

In der Schule wird der Lehrer einen isolierten Schüler auf vielerlei Weise in die Gruppe einordnen können. Er wird ihm einen aufgeschlossenen Klassenkameraden in der Sitzordnung beigesellen und bei Gruppenarbeiten mit bestimmten Aufgaben betrauen. Wieder können wir Alfred Adler zu Rate ziehen:

"Wie die Familie eine Einheit sein sollte, in der jedes Mitglied ein Teil des Ganzen ist, so sollte es auch in der Klasse sein. Wenn Kinder so erzogen werden, sind sie wirklich aneinander interessiert und mögen Kooperation gern. Ich habe viele 'schwierige' Kinder gesehen, deren Verhalten durch das Interesse der Gespielen und durch die Zusammenarbeit mit ihnen vollständig verändert wurde. Ein Kind will ich besonders erwähnen. Es kam aus einem Hause, wo es fühlte, daß alle ihm feindlich gesinnt waren, und es erwartete, daß auch in der Schule jeder zu ihm feindlich sein würde. Seine Schulleistungen waren schlecht, und wenn seine Eltern davon hörten, bestraften sie es zuhause. Schließlich fand es einen Lehrer, der die Umstände verstand und den anderen Kindern sagte, dieser Junge glaube, daß jeder sein Feind sei. Der Lehrer gewann ihre Hilfe, und sie überzeugten den Jungen, daß sie seine Freunde waren; und die ganze Führung und Entwicklung des Jungen besserte sich mehr, als man glauben konnte." (Adler, A.: What life should mean to you. Boston 1958, S. 163 f.)

Wenn wir ein Problemkind oder einen Klienten in die Gruppe (oder in eine Paarbeziehung) eingebunden haben, ist es leicht, ihm die Chancen zur Entwicklung einer kameradschaftlichen Haltung anzubieten. Diese zeigt sich in der Kooperation. Nach Adler sind alle Hauptprobleme im Leben Probleme der Kooperation. Wir erleben diese im Gemeinschaftsgefühl. "Wenn wir sagen, es ist ein Gefühl, so sind wir sicherlich dazu berechtigt. Aber es ist mehr als das, es ist eine Lebensform ... Diese Lebensform ist nicht nur äußerlich zu fassen, ist nicht so zu verstehen, als ob sich hier nur eine angelernte Art des Lebens kundtun würde. Es ist viel mehr. Ich bin nicht in der Lage, es ganz eindeutig zu definieren; aber ich habe bei einem englischen Autoren eine Wendung gefunden, die klar zum Ausdruck bringt, was wir zu unserer Erklärung beitragen könnten: 'mit den Augen eines anderen zu sehen, mit den Ohren eines anderen zu hören, mit dem Herzen eines anderen zu fühlen.' Das scheint mir eine vorläufig zulässige Definition von dem zu sein, was wir Gemeinschaftsgefühl nennen." (Adler, A.: Kurze Bemerkungen über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn. Int.Zs.Indiv.psychol.6, 1928, S. 267)



Zur guten Kameradschaft gehört nicht nur der Wille, mit anderen zusammenzuarbeiten, sondern auch die Bereitschaft, mit anderen zu teilen. Ihren ersten Höhepunkt erreicht diese soziale Aktivität etwa im vierten und fünften Schuljahr, wenn der Wunsch, ein geachtetes Mitglied der Gruppe zu sein, voll entwickelt ist. "Ein Kind, das als guter Kamerad gelten will, muß nicht nur mit seinem Eigentum großzügig umgehen, es muß auch gut verwinden können, wenn es in der Schule oder beim Spielen hinter einem anderen zurückstehen muß. Ganz gleich, wie gerne es gewinnen möchte, es muß sich mit dem Sieger über dessen Sieg freuen, statt zu schmollen, sich zu beschweren oder anderen unfaires Verhalten vorzuwerfen. Kameradschaftlichkeit ist für Jungen wichtiger als für Mädchen; Jungen bewerten diese Eigenschaft höher." (Hurlock, S. 293)

In der Schule läßt sich Kameradschaftlichkeit am besten in Partner- und Gruppenarbeit vermitteln. "Die meisten der im Lehrplan genannten Ziele erfordern nicht unbedingt die Zusammenarbeit, und die Leistungsbewertung muß letztlich individuell erfolgen. Allerdings könnte der Lehrer aus seiner Klasse gelegentlich mehrere Arbeitsgemeinschaften bilden, die zwar untereinander konkurrieren mögen, deren Mitglieder aber jeweils zusammenarbeiten und folglich eine verdiente Anerkennung gemeinsam empfangen." (Mietzel, G.: Pädagogische Psychologie. Göttingen 1973, S. 387) Diese Gruppenarbeit wirkt als Abwechslung zugleich auch leistungsmotivierend.

Deutsch warnt vor den Gefahren des Wettbewerbs in der Schule. Er führte Experimente durch, bei denen die Versuchspersonen entweder im Wettstreit oder in Kooperation Probleme verschiedener Art zu lösen hatten. Ich folge der Darstellung von Mietzel: "Den Angehörigen einer kooperierenden Gruppe wurde gesagt, daß ihre Arbeit als Ganzes bewertet und in Vergleich zu den Leistungen anderer Gruppen gesetzt würde. Den Mitgliedern der Wettkampfgruppe teilte man mit, daß die Leistung jedes einzelnen zur Bewertung käme. Für die beste Arbeit stellte der Versuchsleiter eine Befreiung von einer bevorstehenden schriftlichen Prüfung in Aussicht. Die Auszeichnungen sollten von den kooperativen Versuchspersonen alle Mitglieder derjenigen Gruppe erhalten, die im Vergleich zu den anderen die be-



sten Leistungsergebnisse vorlegen würden." (Mietzel, S. 388, Bezug: Deutsch, H.: The effects of cooperation and competition upon group process, Human Relations 2, 1949, S. 129-152, 199-231)

Das Ergebnis läßt sich in folgender Aufstellung festhalten:

Merkmale der kooperierenden Gruppenmitglieder:

- Sie lernten sich untereinander schneller kennen.
- Sie hörten sich mit mehr Aufmerksamkeit die Beiträge anderer an.
- Sie ließen sich auch bei Diskrepanz von Argumenten bereitwilliger überzeugen.
- Es bestand eine starke Leistungsorientierung; es wurde intensiv gearbeitet; die Anzahl produktiver Beiträge lag pro Zeiteinheit höher als bei der anderen Gruppe.
- Die Atmosphäre war freundlich; die Mitglieder bekundeten Zufriedenheit mit ihren eigenen Leistungen.

Demgegenüber verhielten sich die unter konkurrierenden Bedingungen arbeitenden Versuchspersonen

- aggressiver und oppositioneller.
- Sie waren weniger bestrebt, sich anderen verständlich zu machen.
- Sie waren weniger geneigt, sich mit den Beiträgen der anderen Kameraden auseinanderzusetzen.
- Es gab sehr viele Mißverständnisse, die häufige Wiederholungen des vom Versuchsleiter bereits Gesagten erforderlich werden ließen.

Die Ergebnisse zeigen, daß die Wettkampf-Atmosphäre zu recht unerwünschten Verhaltensweisen führen kann. Allerdings sollte man sich im klaren sein, daß Wettbewerb in der Schule - wie auch sonst in unserem gesellschaftlichen Leben - nicht ausgeklammert werden kann. Der Lehrer bzw. die Schule hat darüber zu wachen, daß das Konkurrieren nicht zu einer beherrschenden Methode des Unterrichts wird und daß der gelegentliche Wettstreit fair ausgetragen wird.

### 3) Die Einübung in Konfliktregelung (Kompromißbereitschaft)

Wo Menschen als Partner oder in der Gruppe leben, gibt es immer wieder einmal Konflikte. Die Bedürfnisse und Interessen der einzelnen weichen voneinander ab, sind oft nicht in Einklang zu bringen. Es entstehen Spannungen, Schwierigkeiten und Mißverständnisse. Da man aber zusammenlebt und weiter zusammenleben will, muß man solche Konflikte regeln.

Im Laufe der Kindheits- und Jugendentwicklung stellen bestimmte Entwicklungsaufgaben und Entwicklungskrisen Eltern und Lehrer vor die Aufgabe, altersentsprechend auf die Probleme des Kindes einzugehen, ihm zu helfen, die Aufgaben zu lösen und die Krisen zu bewältigen. Ich werde in diesem Abschnitt nicht auf diese Entwicklungsprobleme und -konflikte eingehen. Sie sind in zwei Werken ausführlich dargestellt, einmal von den Entwicklungsaufgaben her von Havighurst, zum anderen von den Entwicklungskrisen her von Erikson (Havighurst, R. J. Human development and education. NY 1953; Erikson, H.: Kindheit und Gesellschaft. Zürich/Stuttg. 1957). Ich möchte hier lediglich einige Prinzipien herausstellen, die für eine produktive kognitive Konfliktregelung wichtig sind.

Der Begriff Konflikt ist aus dem Lateinischen *confligere* abgeleitet und bedeutet soviel wie Zusammentreffen oder Widerstreit. Der Konflikt wird oft als etwas Negatives angesehen und deshalb verschoben, unterdrückt, 'verdrängt', nicht eingestanden, bagatellisiert usw. Er ist aber ein Zeichen von Lebendigkeit und produktiver Auseinandersetzung. Konflikte treten deshalb nur in Partnerschaften, Gruppen und Gesellschaften offen zutage, wo die einzelnen oder einzelne Gruppen ihre immer wieder auftretenden abweichenden Ansichten und Einstellungen äußern und austragen können. Autoritäre Partner und autoritäre Gesellschaften lassen keine offenen Konflikte zu. Sie bringen sich damit auch um die Entwicklung echter menschlicher Beziehungen und Fortschritte innerhalb dieser Beziehungen, da die Verleugnung von Konflikten die Menschen zu einem fassadenhaften Verhalten und verdeckten Protesten, zu vorgespiegelten Nachgiebigkeiten und zu geheimen Sabotagen führt. Pointiert gesagt sind Konflikte Komplizen menschlicher Existenz.

"Kinder im Kindergarten und in der Grundschule "bevorzugen vielfach ein fast unerträglichem Ausmaße ungünstige Strategien der Konfliktlösung. Das entsprechende Repertoire sozialer Techniken erschöpft sich oft in aggressiven Problemlösungsformen. Diesem Phänomen steht man häufig in einer Haltung der Ratlosigkeit, ja Mutlosigkeit gegenüber. Didaktische Hilfen werden fast vollständig vermißt." (Stange, E. u. Stange, W.: Training des Konfliktverhaltens. In: Hielscher, H., Hrsg. : Materialien zur sozialen Erziehung im Kindesalter. Heidelberg 1974, S. 54)

Es wäre also pädagogisch wichtig, den Kindern die Handlungsfähigkeit in Konfliktsituationen zu vermitteln, d. h. ihnen Qualifikationen beizubringen, die sie zum rationalen Lösen von Problemen befähigen, die ihnen in derzeitigen und zukünftigen Lebenssituationen gestellt sind. Die Kinder sollten fähig sein, bei Konflikten rational durch positive Konfliktlösetechniken zu reagieren. Dabei wird einmal mehr die Anpassung, ein anderes Mal mehr der Widerstand herausgefordert, je nachdem, was angemessen ist, die Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit der Gruppe oder die Durchsetzungskraft des einzelnen bei berechtigten Ansprüchen.

Aushalten, Durchstehen von Konfliktsituationen, Sich-Durchsetzen-Können bei berechtigten Ansprüchen, Belastbarkeit in Konfliktsituationen sind sowohl pädagogisch als auch therapeutisch bedeutsame Lernziele, ist doch Konfliktfähigkeit ein Zeichen seelischer Stabilität.

Bei allen Konfliktregelungen sollten die Eltern das Ziel, ihre Kinder zu autonomen Menschen zu erziehen, d. h. Menschen, die ich-, sozial- und sachkompetent zu handeln gelernt haben, nicht aus dem Auge verlieren. Mit Oertel kann man folgende pädagogischen Prinzipien herausstellen, die Eltern (und Erzieherinnen) bei der Auswahl und Gestaltung von Spiel- und Lernsituationen leiten sollten:

- Abhängigkeiten des Kindes von Bezugspersonen zu vermindern,
- Angst des Kindes abzubauen,
- freie Bindungsfähigkeit des Kindes aufzubauen,
- Konflikte des Kindes zum Austragen zu bringen,
- kooperatives Handeln des Kindes anzuregen,

- zur Bewältigung von Problemen des Kindes, speziell von Mißerfolgserlebnissen des Kindes, beizutragen,
- Wahlmöglichkeiten des Kindes zu erweitern.

(vgl. Oertel, F., Hrsg. : Elementare Sozialerziehung. Hannover 1975, S. 19)

Die folgende Darstellung bezieht sich in erster Linie auf Erwachsene, speziell Eltern, weisen doch "mehrere Untersuchungen in den letzten Jahren ... übereinstimmend darauf hin, daß psychisch gestörte und verhaltensauffällige Individuen aus einer Umwelt kommen, die ihrerseits in ihrer Kommunikationsstruktur und in ihrer internen Interaktion Auffälligkeiten und Störungen aufweist ... Diese und weitere gleichlautende Befunde führten zu einer weitgehenden Änderung in der Auffassung von psychischen Störungen. Das gestörte Individuum wird nicht isoliert gesehen als ein 'Kranker' inmitten einer 'gesunden' Umwelt; seine 'Symptome' werden vielmehr als ein Zeichen dafür aufgefaßt, daß die Umwelt, in der er lebt und mit der er interagiert, an seinem Kranksein entscheidend beteiligt ist - daß die Interaktion zwischen Individuum und Umwelt gestört ist." (Grawe, S.: Ehepaartherapie in Gruppen mit Eltern von verhaltensgestörten Kindern. In: Jankowski, P. u. a., Hrsg. : Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Göttingen 1976, S. 393)

Zum Konflikt kommt es nicht durch die unterschiedlichen Bedürfnisse und Interessen an sich, sondern erst dann, wenn diese Tendenzen von den Partnern oder von einem Partner im Sinne der Egalisierung und Dominierung unterdrückt und dadurch nicht erfüllt werden können. Zum Konflikt kommt es aber auch, wenn die Kommunikation zwischen den Partnern unvollständig bzw. widersprüchlich ist. Wir bezeichnen diese Konfliktzustände als Polarisierung bzw. Doppelbindung. Konflikte entstehen letztlich dadurch, daß einzelne glauben, für andere verantwortlich zu sein. Sie mischen sich dann in die Angelegenheit anderer ein. Die mangelnde Abgrenzung ist hier der Konflikthanlaß.

Da das Elternhaus die erste Sozialisationsagentur der Kinder ist, sollten Eltern lernen, mit Konflikten konstruktiv umzugehen, um 'Symptombildungen' bei den Kindern zu vermeiden.

Folgende Leitsätze sind von Eltern und Lehrern zu beachten:

...

- Der Konflikt ist nicht als lästige Störung zu bewerten, die es zu vermeiden gilt.
- Mit Konflikten verbunden sind zumeist Ärgergefühle. Wir sollten diese, sobald sie auftreten, akzeptieren und sie in angemessener Weise äußern.
- Wir sollten über die sich im Ärger zeigenden enttäuschten Erwartungen mit dem anderen sprechen und uns über die Beeinträchtigung, die wir empfinden, mit ihm aussprechen.
- Wir sollten dem anderen helfen, sich rechtzeitig über seine Unzufriedenheit und seinen Ärger mit uns auszusprechen, indem wir ihn auffordern, seine nonverbalen Botschaften zu verbalisieren.
- Wir sollten möglichst vollständig und widerspruchsfrei mit dem Partner kommunizieren. Unvollständige und widersprüchliche Kommunikation führen zu schwer aufzulösenden Mißverständnissen und Konflikten.
- Viele Schwierigkeiten, Mißverständnisse und Konflikte entstehen dadurch, daß wir meinen, wir seien für andere, deren Tun und Lassen, verantwortlich. Wir mischen uns in das Leben anderer ein, versuchen, sie mit mehr oder weniger drastischen Mitteln zu korrigieren. Wir sollten uns abgrenzen und wissen, daß wir nur für uns verantwortlich sind.
- Wir sollten die Verbote des Konflikts und die konfliktverstärkenden Lösungsversuche als Botschaften des Notzustandes erkennen und angemessen darauf reagieren. Oft deuten Partner durch Bemerkungen, Verhaltensweisen und 'Symptome' an, daß sie sich in der Konfliktzone befinden. Es sind manchmal nur kurze, aber eindringliche Sätze, wie z. B.: 'Jetzt langt's mir aber. Muß ich das noch länger er-



tragen? Ich halte es nicht mehr lange aus. Ich bin sehr enttäuscht darüber, daß ...'- Aber auch Verhaltensweisen ändern sich, wenn jemand in den konflikthaftern Spannungsbereich gerät: Der Konfliktmensch wird schweigsamer, spricht leise und unsicher, zieht sich zurück, schaut oft verloren und abwesend, manchmal sogar mißtrauisch um sich oder er ist leicht gereizt, poltert bei Kleinigkeiten laut los, reagiert unangemessen, feindselig und aggressiv. 'Symptome' - im engeren Sinn verstehen wir darunter psychosomatische Beschwerden - kündigen einen schwelenden Konflikt an. Irgendetwas 'liegt uns im Magen', bedrückt uns, belastet uns, macht uns unruhig und zerstreut, läßt uns nicht ein- und durchschlafen usw. Durch die Flucht in die Krankheit entzieht sich der Psychosomatiker der lebens- und liebesfördernden Auseinandersetzung. Der Konflikt wird ins Körperliche abgedrängt, er wird somatisiert, so daß wir nun nicht mehr in erster Linie am psychosozialen Problem, sondern an unserem körperlichen Befinden leiden und uns auf es konzentrieren.

Wichtig wäre, daß wir rechtzeitig auf diese Verhaltens- und Befindensänderung bei anderen und uns achten, die Auslöser feststellen und uns um Entspannung, Klärung und Regelung bemühen.

- Wir sollten Ausspracheregeln vereinbaren, damit die Konfliktregelung in Bahnen des produktiven Streits gelenkt wird.
- Wir sollten es vermeiden, bei Konflikten als Sieger hervorzugehen.  
Wir sollten uns um befriedigende Kompromisse, weiterführende Alternativen und Vereinbarungen, d. h. um produktives Zusammenleben, bemühen.

#### 4) Die Weckung sozialer Verantwortlichkeit (Hilfeleistung)

An anderer Stelle wurde auf die Wichtigkeit einer Erziehung zur Selbständigkeit hingewiesen. "Selbständigkeit kann sich nur entwickeln in einer Gesellschaft, die dem einzelnen ein hohes Maß an Freiheit garantiert. Freiheit ist Offenheit für Kontakt verschiedenster Art (personal, sachlich und informatorisch). Freiheit fordert aber auch den Menschen heraus und bietet ihm Chancen zur gewählten Betätigung. Selbständigkeit steht nicht nur in gesellschaftlichem Bezug; sie stützt sich von der Persönlichkeit her gesehen auf Selbstvertrauen. Dieses Selbstvertrauen wird aufgebaut und laufend gefestigt durch Wissen und Können. Die so erworbene Kompetenz äußert sich in Erfolgserwartung und Entschlußkraft. Selbständigkeit kann sich nur halten und bewähren, wenn sie mit Autorität und Verantwortung verbunden ist. Verantwortung wiederum äußert sich in Führung, Selbstkontrolle und gesellschaftlicher Dienstbereitschaft. Selbständigkeit ist keine statische Position. Sie ist Motivation, Aktivität und Risikobereitschaft, die sich an Zielentscheidungen orientieren und auf Zielverwirklichung drängen. Die Aktivität ist flexible lernende Aktivität, die neue Lagen berücksichtigt und im Hinblick darauf der Organisation stets neue Impulse gibt. Es ist also eine Aktivität der Kreativität und Innovation." (Lückert, H.R.: Lebensführung und Selbstkontrolle. Arbeitskreis für Führungskräfte in der Wirtschaft, Mchn. 1980, S. 87 f.)

Um Ansatzpunkte für eine erzieherische und therapeutische Förderung sozialer Verantwortung zu erreichen, ist es zweckmäßig, einmal die Zuschreibung sozialer Verantwortlichkeit und zum anderen die Bedingungen von Hilfeleistung näher zu untersuchen.

Persönliche Verantwortlichkeit verändert sich mit dem relativen Beitrag der Umweltfaktoren zum Ergebnis der Handlung. Je mehr man den Eindruck hat, daß die Umweltfaktoren die Handlung beeinflussen, desto weniger wird die Persönlichkeit im allgemeinen dafür verantwortlich gemacht. Heider hat aufeinanderfolgende Stufen aufgestellt, bei denen die Attribution zur Person abnimmt und die Attribution zur Umwelt zunimmt. Er unterscheidet fünf Stufen (Heider, F.: Psychologie der interpersonalen Beziehungen. Stuttg. 1977, S. 137 f):

Erste Stufe: Das Konzept der Verantwortlichkeit ist global. Die Person wird für jede Wirkung verantwortlich gemacht, die irgendwie mit ihr in Verbindung zu stehen scheint. So wird den Nachfahren für die Taten der Vorfahren Schuld zugesprochen. Derjenige, dem die Verantwortung für eine Tat zugeschrieben wird, muß die Tat weder begangen noch verursacht haben. Auf diesem assoziativen Niveau kann jede Art von Gruppenzugehörigkeit (rassisch, völkisch, religiös) für die Verantwortungszuschreibung herhalten.

Zweite Stufe: Hier wird alles, was von der Person verursacht wird, ihr zugeschrieben; auch wenn das Ergebnis von der Person nicht vorauszusehen war. Es ist also auf dieser Stufe bereits eine unpersönliche Kausalität für die Beurteilung der Verantwortlichkeit entscheidend. "Angenommen, es wirft jemand einen Stein in einen Teich und bringt eine Bombe aus dem Zweiten Weltkrieg zur Explosion, so war das nicht voraussehbar, würde ihm aber auf diesem Niveau angelastet werden." (Oerter, Entwicklungspsychologie, S. 649 f.)

Dritte Stufe: Auf diesem Niveau wird die Person für jede Nachwirkung direkt oder indirekt verantwortlich gemacht, die sie vorausgesehen haben könnte, obwohl sie nicht Teil ihres eigenen Ziels und des Rahmens ihrer persönlichen Kausalität war. Die Person konnte etwas getan haben, weil sie dumm oder nachlässig war. Sie wird verantwortlich gemacht, weil ihr die einschränkenden Kräfte fehlten, die von einem größeren Über- und Weitblick ausgegangen wären. Ihr wird Rücksichtslosigkeit vorgeworfen. Es wird auf dieser Stufe noch keine Unterscheidung zwischen Absichtlichkeit und Fahrlässigkeit vorgenommen.

erste Stufe: Hier wird nur das, was die Person beabsichtigt hat, als Ursache zugeschrieben; es werden ihr alle Konsequenzen ihrer beabsichtigten Handlung angerechnet. Hier kann man von persönlicher Kausalität sprechen. Der Unterschied von Absichtlichkeit und Fahrlässigkeit wird gesehen.

zweite Stufe: Auf dieser Stufe werden einer Person sogar die eigenen Motive nicht vollständig zugeschrieben. Sie werden so gesehen, daß sie ihren Ursprung in der Umwelt haben. 'Es ist nicht seine Schuld, daß er sich so verhält; er wurde dazu provoziert.' Wir meinen, daß unter den betreffenden Umständen jeder so gefühlt und gehandelt haben würde. Das Verhalten wird der persönlichen Kausalität mit Einschränkungen zugeschrieben. Die Umwelt übte einen gewissen Zwang aus, ist also mitverantwortlich.

Das Problem der Verantwortlichkeit enthält in sich das Problem der Attribution von Handlungen. Es ist also wichtig, welchen der verschiedenen Bedingungen der Handlung - Absichten der Person, andere persönliche Wirkfaktoren oder Umweltkräfte - das hauptsächlichste Gewicht für das Ergebnis der Handlung gegeben wird. Erst wenn eine solche Attribution entschieden ist, ist eine Bewertung der Verantwortung möglich.

Es ist schwierig, generelle Aussagen über die Bereitschaft zur Hilfeleistung zu machen. Je nachdem, ob uns ein leidender Mensch nahe steht und sympathisch ist, je nachdem, ob wir uns als kompetent fühlen, Hilfe zu leisten, und je nachdem, ob wir das Leiden des anderen als unverdient oder selbstverschuldet ansehen, werden wir verschieden reagieren. Im übrigen muß man bei Befragungen wissen, daß Angaben über Werthaltungen nicht dem tatsächlichen Verhalten entsprechen.

Latané und Darley berichten ein Beispiel unterlassener Hilfeleistung: Eine junge Frau - Kitty Genovese - wurde 1964 in New York spät abends aufgefallen und ermordet. Der Mord zog sich über eine halbe Stunde hin, die Hilferufe des Opfers wurden von fast vierzig Personen gehört. Niemand von ihnen griff ein oder meldete den Vorgang der Polizei (Latané, B. Darley, J. M.: The unresponsive bystander. NY 1970).

Mit veranlaßt durch diese Situation machten sich Psychologen daran, das Phänomen empirisch zu untersuchen. Als Ergebnis stellten sie folgende Effekte, die Hilfeleistung erschweren, heraus:

(1) Der bystander-Effekt: Zeugen haben keinen Impuls, in der Notlage eines anderen einzugreifen oder Verantwortung zu übernehmen, wenn schon andere Zeugen am Tatort sind.

(2) Der Zeitdruck-Effekt: Hilfeleistung wird im allgemeinen nicht gewährt, wenn der potentielle Helfer unter Zeitdruck steht, also zu einer Prüfung oder wichtigen Besprechung unterwegs ist und dabei um Hilfeleistung angesprochen wird. Wir können dieses Beispiel auf weitere Situationen ausdehnen, in denen sich ein Individuum in erhöhtem Maße im Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit befindet. Die diesbezügliche Theorie wurde von Duval und Wicklund erstellt und dann von Wicklund weiter entwickelt (Duval, S. u. Wicklund, R.A.: A theory of objective self-awareness. NY 1972 - Wicklund, R. A.: Objective self-awareness. In: Berkowitz, L., Hrsg.: Advances in Exp. Soc. Psychol. Vol. VIII. NY 1975).

(3) Der Inkompetenz-Effekt: Hilfeleistung kann unterbleiben, wenn eine Person sich als inkompetent für diese Leistung ansieht. Die subjektive Einschätzung der eigenen Kräfte und der Einsatzgefahren ist für Einsatz oder Abwehr von Hilfeleistung entscheidend. Dabei kommt es oft vor, daß objektiv die Kräfte vorhanden, sogar die Einsatzgefahr gering sein kann. Inkompetenzangabe ist also oft eine Rechtfertigung für die Abwehr von Belästigung und Belastung.

(4) Der Frustrations-Effekt: Es hat sich in Experimenten gezeigt, daß Personen, die zuvor einen Mißerfolg erlebten, also einer Frustration ausgesetzt waren, wenig bereit sind, danach eine Hilfeleistung zu vollbringen. Die Verärgerung über uns selbst scheint die soziale Hilfsbereitschaft zu schwächen.



(5) Der Reaktanz-Effekt: Dieser Effekt ist dann zu verzeichnen, wenn eine Person einen Hilfeappell als Einschränkung oder Bedrohung seiner freien Verhaltensweisen ansieht. Dieser motivationale Zustand (Reaktanz) führt dazu, die Selbstverfügung zu verteidigen und damit Anforderungen und Appelle von außen abzuwehren. Psychologische Reaktanz führt - wie Wicklund in seiner Arbeit zeigt - neben diffuser Aggression (Wut) zum 'Aus-dem-Felde-gehen' (Wicklund, R. A.: Freedom and reactance. Potomac 1974).

(6) Der Verschuldungs-Effekt: Wenn eine Person einen selbstverschuldeten Unfall beobachtet, ist sie im allgemeinen weniger bereit zu helfen, als wenn das Opfer durch Fremdverschulden in die Notlage gerät. Die Zuschreibung von Schuld und Verantwortlichkeit ist jedoch ein ziemlich komplexer Vorgang. So wird z. B. nach einer Untersuchung von Walster ein Fahrzeugbesitzer, dessen Wagen wegen versagender Bremsen eine abschüssige Straße hinunterrollt, für um so verantwortlicher gehalten, je schwerer die Unfallfolgen sind. Die Zuschreibung von persönlicher Verantwortung bei einem schweren Unfall hat - wie die Autorin vermerkt - eine Entlastungsfunktion, und zwar im doppelten Sinn: Einmal wehrt man damit den unangenehmen Gedanken, selbst in ein solches unkontrolliertes Geschehen verwickelt zu werden, ab, zum anderen führt die Zuschreibung den Beobachter zu dem Glauben, daß ihm selbst so etwas nicht passieren könnte (Walster, E.: Assignment of responsibility for an accident. J. of Personality and Social Psychol. 3, 1966, S. 73 - 79). Hineinzuspielen scheint bei diesen Vorgängen aber auch ein anderer Entlastungsmechanismus, das 'just-world-Paradigma'. Den Opfern wird nach dieser 'gerechte-Welt-Auffassung' Verantwortlichkeit nach dem Prinzip, daß Leute das bekommen, was sie verdient haben, und das, was sie verdient haben, auch bekommen, zugeschrieben (vgl. Lerner, M. J.: Social psychology of justice and interpersonal attraction. In: Huston, T., Hrsg.: Foundations of interpersonal attraction. NY 1974, S. 331 - 351).

Die Fragen der Zuschreibung von Verantwortlichkeit und der Bedingungen bzw. Hemmungen von Hilfeleistungsverhalten, die hier nur cursorisch beantwortet werden konnten, sollten uns als Hintergrundwissen befähigen, bei Kindern und Klienten soziale Verantwortlichkeit, speziell die Bereitschaft zur Hilfeleistung, zu wecken.

So könnte man z. B. nach der von Heider erstellten Stufenfolge der Verantwortlichkeitszuschreibung Kurzgeschichten entwickeln, die exemplarisch zur klärenden Differenzierung solcher Zuschreibungen anregen.

In gleicher Weise könnte man die Erschwerniseffekte für Hilfeleistungen in anschaulichen - dem Verständnisniveau der Kinder bzw. Klienten entsprechenden - Kurzgeschichten demonstrieren.

Zugleich lassen sich Hilfeleistungssituationen mit variierenden Kontexten und Reaktionen in Rollenspielen veranschaulichen und einüben.

Von ganz besonderer Bedeutung ist jedoch, daß die erwachsenen Bezugspersonen der Kinder soziale Verantwortung, Hilfeleistung vorleben.

### Abschluß: Weiterführende Aufgaben

Ausgehend von dem kognitiven Trend der gegenwärtigen Psychologie wurden im ersten Teil die wichtigsten kognitiven Verhaltenstherapien in ihren Grundzügen dargestellt und zum Teil im Sinne des jeweiligen Konzepts ergänzt. Es stellte sich die Frage, was die Kognitive Verhaltenstherapie zur Empirischen Pädagogik beitragen kann. Sowohl die Klassische als auch die Kognitive Verhaltenstherapie sehen ihre Aufgaben und Ziele in der Verhaltensmodifikation, wobei allerdings die Kognitive Verhaltenstherapie - vorwiegend im Sinne eines besseren Transfers - Wert auf begleitende Einsichtvermittlung legt.

Entwicklungspsychologie ist, da sich Entwicklung des Kindes in Interaktion mit der Umwelt vollzieht, genauer gesehen eine pädagogische Disziplin. Die Empirische Pädagogik bemüht sich, die Entwicklung in ihren verschiedenen Dimensionen über personale und sachorientierte Anregungen systematisch zu fördern. Die gleiche Intention liegt der Kognitiven Verhaltenstherapie zugrunde, nur daß sie es vorwiegend mit Entwicklungsabarten (Defiziten und Fehlformen), d. h. mit Korrekturen, zu tun hat. Angewandte Entwicklungspsychologie, Kognitive Verhaltenstherapie und Empirische Pädagogik beziehen sich auf das gemeinsame Anliegen 'Entwicklungsförderung'.

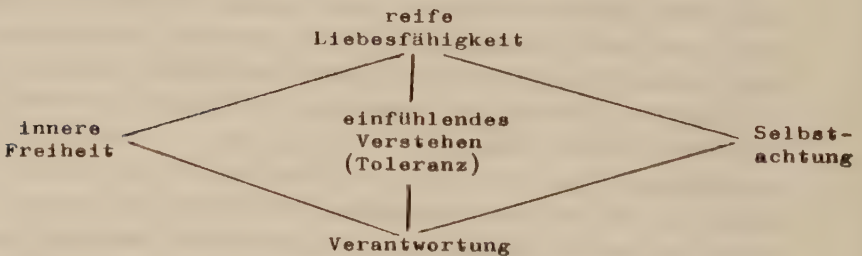
Die weiterführenden Aufgaben sehe ich in drei Arbeitsgebieten:

Einmal darin, daß die vier zentralen pädagogischen Anliegen - Selbstsicherheit, Lernbereitschaft, Selbstkontrolle, Sozialhaltung - weiter differenziert, operationalisiert und didaktisch ausgearbeitet werden.

Zweitens wäre im Rahmen der Psychotherapie und Pädagogik der Elternberatung besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

In den letzten Jahren wurde viel Energie für den Ausbau der Schulberatung (Lehrer- und Schülerberatung, Schullaufbahnberatung) eingesetzt. Da die Eltern in den ersten sechs Lebensjahren, also in einem wichtigen Abschnitt des Lebens ihrer Kinder, in besonderem Maße für die Erziehung und Entwicklung verantwortlich sind, dabei der Anleitung, Unterstützung und Hilfe bedürfen, wäre eine Weiterarbeit an der Elternberatung angezeigt.

Drittens wären in einer therapeutisch-pädagogischen Deontologie die Grundwerte in ihrer Besonderheit, Verflochtenheit und Beziehung darzustellen. Die Ankerpunkte dieser Deontologie könnten einfühlenendes Verstehen (Toleranz), Verantwortung, innere Freiheit, reife Liebesfähigkeit sein.



In der Akt-Deontologie wäre der Bezug der Werte zu Situationen und in der Regel-Deontologie wären die allgemeinen Regeln sozial-moralischen Handelns für Verpflichtungserfahrungen und Entscheidungen auszuarbeiten. Beide Abteilungen hätten die Bezüge zur therapeutisch-pädagogischen Praxis herauszustellen.

### Literaturverzeichnis

1. Adler, A.: Zusammenhänge zwischen Neurose und Witz. Int. Zeitschr. f. Individualpsychologie 1927
2. Adler, A.: Kurze Bemerkungen über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn. Int. Zeitschr. f. Individualpsychologie 6, 1928
3. Adler, A.: Der Sinn des Lebens. Wien/Lpz. 1933
4. Adler, A.: On the interpretation of dreams. Int. Jahrbuch f. Individualpsychologie 2, Nr. 1, 1936
5. Adler, A.: What life should mean to you. Boston 1958
6. Adler, A.: Wozu leben wir? Frkf. 1979
7. Alexander, F.: Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete. Bln. 1951
8. Anderson, W. u. Carter, B.: Central nervous system mediation in athletic performance. Unpubl. Manuscript, Boston University 1976
9. Arieti, S.: The present status of psychiatric theory. Am. J. Psychiat. 124, 1968
10. Arieti, S. u. Bemporad, J.: Depression. Stuttg. 1983
11. Aronfreed, J.: Conduct and conscience - the socialization internalized control over behavior. NY 1968
12. Asch, S.E.: Social psychology. NY 1952
13. Bach, G.R. u. Wyden, P.: Streiten verbindet. Formeln für faire Partnerschaft in Liebe und Ehe. Gütersloh 1969
14. Bandura, A.: Behavior modification through modeling procedures. In: Ullman, L.P. u. Krasner, L. (Hrsg.): Research in behavior modification. NY 1956
15. Bandura, A.: Principles of behavior modification. NY 1969
16. Bandura, A.: Vicarious and self-reinforcement processes. In: Bergin, A.E. u. Garfield, S.L. (Hrsg.): Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis. NY 1971
17. Bandura, A.: Lernen am Modell. Ansätze einer sozial-kognitiven Lerntheorie. Stuttg. 1976
18. Bandura, A. u. Walters, R.H.: Social learning and personality development. NY 1963



19. Bar-Tal, D. u. Bar-Zohar, Y.: The relationship between locus of control and academic achievement. Contemporary Educ. Psychol. 2, 1977
20. Bartlett, F.: Remembering: A study in experimental and social psychology. Cambridge 1932
21. Beck, A.T.: Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. In: Behavior Therapy, 1970/1
22. Beck, A.T.: Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen. Mchn. 1979
23. Beck, A.T.: Cognitive therapy and emotional disorders. NY 1976
24. Beck, A.T. u.a.: Kognitive Therapie der Depression. Mchn. 1981
25. Bem, D.J.: Beliefs, attitudes and human affairs. Monterey 1970
26. Bem, D.J.: Self-perception theory. In: Berkowitz, L. (Hrsg.): Advances in experimental social psychology. Vol. 6, NY 1972
27. Bergin, A.E. u. Garfield, S.L. (Hrsg.): Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis. NY 1971
28. Berkowitz, L. (Hrsg.): Advances in experimental social psychology. Vol. 6, NY 1972, Vol. 8, NY 1975
29. Berlyne, D.E.: Konflikt, Erregung, Neugier. Zur Psychologie der kognitiven Motivation. Stuttg. 1974
30. Bernstein, D.A. u. Berkevec, Th.D.: Entspannungs-Training. Handbuch der progressiven Muskelentspannung. Mchn. 1975
31. Bettelheim, B.: How to say no without guilt. Ladies Home Journal 87, Nr. 8, 1970
32. Beule, P., Eichhardt, B., Kleiber, D., Offe, S. u. Baade, P.: Rational-emotive Therapie in Diskussion. Mitteilungen der Gesellschaft zur Förderung der Verhaltenstherapie 10, 1978
33. Birkenbihl, V.F.: Stress im Griff. Negativen Stress dosieren - positiven Stress bewusst suchen. Goldmann Ratgeber 10620, Mchn. 1977

34. Blackham, G.J. u. Silberman, A.: Modification of child-behavior. Belmont/Cal. 1971, dtisch: Grundlagen und Methoden der Verhaltensmodifikation bei Kindern. Weinheim 1975
35. Bloom, B.S. (Hrsg.): Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain. NY 1956
36. Bernstein, P. u. Quevillen, R.: The effects of a self-instructional package on overactive preschool boys. J. of Applied Beh. Analysis 9, 1976
37. Bremme, R. u. Hämberg, E.: Psychologie und Heuristik. Darmstadt 1977
38. Brown, B.: Cognitive aspects of Wolpe's behavior therapy. Am. J. of Psychiatry, 124, 1967
39. Bruner, J.S.: You are your constructs. Contemp. Psychol. 1, 1956
40. Bruner, J.S. u.a. (Hrsg.): Contemporary approaches to cognition. Cambridge 1957
41. Bruner, J.S.: Going beyond the information given. In: Bruner, J.S. u.a. (Hrsg.): Contemporary approaches to cognition. Cambridge 1957
42. Bruner, J.S.: The act of discovery. In: Andersen, D.P. u. Ausubel, D.P. (Hrsg.): Readings in the psychology of cognition. NY 1965
43. Bruner, J.S.: Some elements of discovery. In: Shulman, L.S. u. Keislar, E.R. (Hrsg.): Learning by discovery: A critical appraisal. Chicago 1966
44. Bühler, Ch. u. Massarik, F. (Hrsg.): Lebenslauf und Lebensziele. Stuttg. 1969
45. Camp, B., Blom, G., Herbert, P. u. van Deurwick, W.: Think aloud: A program for development self-control in young aggressive boys. Manusc. Univ. of Colorado School of Medicine 1976, unveröffentlicht
46. Carkhuff, R.R.: Helping and human relations. Vol. II, NY 1969
47. Cooper, C.L.: Streßbewältigung. Mehn. 1981
48. Corsini, R.J. (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie. Weinheim/Basel 1983
49. DeCharms, R.: Personal causation. NY 1968

50. DeCharms, R.: From pawns to origins: Toward self-motivation  
In: Lesser, G.S. (Hrsg.): Psychology and educational  
practice. Glenview/Ill. 1971
51. Dember, W.W.: The new look in motivation. In: Am. Scientist  
53, 1965
52. Dember, W.N.: Motivation and the cognitive revolution. Am.  
Psychologist, 29, 1974
53. Dembo, T., Leviton, G.L. u. Wright, B.A.: Adjustment to  
misfortune - a problem of social-psychological  
rehabilitation. Artificial Limbs 3, 2, 1956
54. Deutsch, M.: The effects of cooperation and competition  
upon group process. Human Relations 2, 1949
55. Douglas, V.: Stop, look and listen: The problem of sustained  
attention and impulsive control in hyperactive and  
normal children. Can. J. of Beh. Science 4, 1972
56. Duval, S. u. Wicklund, R.A.: A theory of objective self-  
awareness. NY 1972
57. Eccles, J.J.C.: Wahrheit und Wirklichkeit - Mensch und Wissen  
schaft. Berlin/Heidelberg/NY 1975
58. Elkenin, D.B.: Zur Psychologie des Vorschulalters. Berlin  
1967
59. Ellis, A. u. Grieger, R. (Hrsg.): Praxis der rational-emoti-  
ven Therapie. Mchn. 1979
60. Ellis, A.: Klinisch-theoretische Grundlagen der rational-  
emotiven Therapie. In: Ellis, A. u. Grieger, R.  
(Hrsg.): Praxis der rational-emotiven Therapie.  
Mchn. 1979
61. Erikson, E.: Kindheit und Gesellschaft. Zürich/Stuttg. 195
62. Erikson, E.: Childhood and society. NY (2. Aufl.) 1963
63. Erni, M.: Zwischen Angst und Sicherheit. Wie heute leben?  
Olten 1982
64. Esch, J.: A study of judgments of social situations. Unver-  
öffentl. Semesterarbeit. Univ. Kansas 1950
65. Eschenröder, Ch.: Grundprinzipien der rational-emotiven  
Therapie. Mitt.d.Ges.zur Förderung d. Verhaltens-  
therapie 10, 1978
66. Eson, M.E.: Psychological foundations of education. NY 1964

67. Feather, B. u. Rhoads, J.: Psychodynamic behavior therapy: Theory and rationale. Archives of General Psychiatry 26, 1972
68. Fiedler, P.A.: Psychotherapiexiel Selbstbehandlung. Weinheim 1981
69. Flanagan, B., Goldiamond, J. u. Azrin, N.H.: Operant stuttering: the control of stuttering behavior through response-contingent consequences. J. of Exp. Analysis of Behavior 1, 1958
70. Foreyt, J.P. u. Goodrick, G.K.: Kognitive Verhaltenstherapie. In: Corsini, R.J. (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie. Weinheim/Basel 1983
71. Frankenstein, C.: Persönlichkeitswandel durch Führer, Erziehung und Therapie. Mchn. 1964
72. Franks, E.: Der Mensch und sein Gestaltungserleben. Bern/Stuttg. 1977
73. Frr, H.: Konfliktregelung. Kybernetische Skizzen zur Lebensberatung. Mchn. 1976
74. Gallway, T.: The inner game of tennis. NY 1974
75. Gimott, H.G.: Gruppenpsychotherapie mit Kindern. Weinheim (2.Aufl.) 1969
76. Goldstein, K. u. Scheerer, M.: Abstract and concrete behavior. Psychol. Monogr. 53, 1941
77. Gordon, Th.: Familienkonferenz. Hbg. 1972
78. Gordon, Th.: Manager-Konferenz. Hbg. 1979
79. Gottman, J., Gense, J. u. Rasmussen, B.: Social interaction, social competence and friendship in children. Manuskript, unveröffentl. Indiana Univ. 1974
80. Grawe, S.: Ehepaartherapie in Gruppen mit Eltern von verhaltensgestörten Kindern. In: Jankowski, P. u.a. (Hrsg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute. Göttingen. 1976
81. Grey, W.W.: The living brain. London 1953
82. Grieger, R. u. Boyd, J.: Therapeutische Reaktionen auf kognitive Momente in der RET. In: Ellis, A. u. Grieger, R. (Hrsg.): Praxis der rational-emotiven Therapie. Mchn. 1979
83. Grundke, P.: Interaktionserziehung in der Schule. Mchn. 1975

84. Guilford, J.P.: Some new views of creativity. In: Helson, H. (Hrsg.): Theories and data in psychology. Princeton 1967
85. Haley, J.: Gemeinsamer Nenner Interaktion. Strategien der Psychotherapie. Leben lernen 34, Mchn. 1978
86. Harlow, H.F.: Mice, monkeys men and motives. Psychol. Research 80, 1953
87. Harris, F.R., Wolf, M.M. u. Baer, D.M.: Effects of adult social reinforcement on child behavior. Young children 20, 1964
88. Hartmann, H.: Ich-Psychologie, Studien zur psychoanalytischen Theorie. Stuttg. 1972
89. Hartwig, M. (Hrsg.): Selbstkontrolle. Ein kritischer Überblick über lerntheoretische und verhaltenstherapeutische Ansätze. Mchn. 1975
90. Hartup, W.W. (Hrsg.): The young child: Reviews of research. Bd. 2, Washington D.C. 1972
91. Hauss, K. u.a.: Medizinische Psychologie im Grundriß. Göttn. (2. Aufl.) 1981
92. Havighurst, R.J.: Human development and education. NY 1953
93. Hayes, K.J.: Genes, drives and intellect. Psychol. Reports 10, 1962
94. Heider, F.: Psychologie der interpersonalen Beziehungen. Stuttg. 1977
95. Hemminger, H.J.: Kindheit als Schicksal. Die Frage nach den Langzeitfolgen frühkindlicher seelischer Verletzungen. Hambg. 1982
96. Hielscher, H. (Hrsg.): Materialien zur sozialen Erziehung im Kindesalter. Heidelbg. 1974
97. Holt, E.B.: Animal drive and the learning process. Vol. I. NY 1931
98. Holt, R.: The emergence of cognitive psychology, J.Am. Psychoanal. Assn. 12, 1964
99. Horney, K.: Unsere inneren Konflikte. Stuttg. 1954
100. Hull, C.L.: A behavior system. New Haven 1952
101. Hunt, M.: Das Universum in uns. Neues Wissen vom menschlichen Denken. Mchn. 1984
102. Hurlock, E.B.: Die Entwicklung des Kindes. Weinheim 1970
103. Huston, T. (Hrsg.): Foundations of interpersonal attraction. NY 1974



104. James, W.: The principles of psychology. London 1890
105. Jankowski, P. u.a. (Hrsg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute. G8ttgn. 1976
106. Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. Bln. (6.Aufl.) 1953
107. K  mmerer, A.: Die therapeutische Strategie Problemlösen. Münster 1983
108. Kanfer, F.H.: Self-monitoring. Methodological limitations and clinical applications. J.of Consulting and Clinical Psychol. 35, 1970
109. Kant, I.: Werke. Hrsg. Cassirer. Bd.VII, Bln. 1923
110. Keller, M.: Kognitive Entwicklung und soziale Kompetenz. Stuttg. 1976
111. Kelly, G.A.: The psychology of personal constructs. NY 1955
112. Kerlinger, F.N.: The authoritarianism of group dynamics. Progressive Education 31, 1954
113. Kerstiens, L.: Erziehungsziele neu befragt. Bad Heilbrunn 1978
114. Kimble, G. u. Perlmutter, L.: The problem of volition. Psychol. Rev. 77, 1970
115. Klafki, W.: Das Problem der Didaktik. In: Zs.f.Päd., 3.Bh., Weinheim 1963
116. Klages, L.: Die Grundlagen der Charakterkunde. Lpz. (7./8.Aufl.) 1936
117. König, F.: Die Verbesserung der Probleml  sungs  higkeit durch gespr  chstherapeutische Reduktion internal motivierter Konflikte. In: Jankowski, P. u.a. (Hrsg.): Klientenzentrierte Psychotherapie heute. G8ttgn. 1976
118. Kovacs, A.L.: Ich-Psychologie und Selbsttheorie. In: B  hler, Ch. u. Massarik, F. (Hrsg.): Lebenslauf und Lebensziele. Stuttg. 1969
119. Kowitz, G.T. u. Tigner, E.J.: Tell me about Santa Claus: a study of concept change. Elem.Sch.J.62, 1961
120. Krathwohl, D.R. u. Masia, B.B.: Taxonomy of educational objectives. Handbook II: Affective domain. NY 1964
121. Krieger, R.: Keine Angst vor neugierigen Kindern. Psycholegie heute. Jam. 1978

122. Kris,E.: Die Ästhetische Illusion. Phänomene der Kunst in der Sicht der Psychoanalyse. Frkf. 1977
123. Kuhn,Th.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frkf. 1965
124. Lacey,J.I. u. Lacey,B.C.: The principle of autonomie responses stereotyp. Am.J.Psychol. 71, 1958
125. Landau,E.: Psychologie der Kreativität. Mchn. 1971
126. Larkin,J.: Teaching problem solving in physics. The psychological laboratory and the practical classroom. In: Tuma,D.T. u. Reif,F(Hrsg.): Problem solving and education. Issues in teaching and research. Hillsdale N.J. 1980
127. Latané,B. u. Darley,J.M.: The unresponsive bystander. NY 1970
128. Lazarus,A.A.: Behavior therapy and beyond. NY 1971
129. Lazarus,A.A.: Angewandte Verhaltenstherapie. Stuttg.1976
130. Lazarus,A.A.: Multimodale Verhaltenstherapie. Frkf. 1978
131. Lazarus,A.A.: Auf dem Wege zur ego-losen Existenz. In: Ellis,A. u. Grieger,R.(Hrsg.): Praxis der rational-emotiven Therapie. Mchn. 1979
132. Lazarus,A.A. u. Abramovitz,A.: The use of 'emotive imagery' in the treatment of children's phobias. J.of Mental Science, 108, 1962
133. Leask,J., Haber,R.N. u. Haber,R.B.: Eidetic imagery in children II, Psychonomic Monogr. Suppl.3, 1963
134. Lerner, M.J.: Social psychology of justice and interpersonal attraction. In: Huston, T. (Hrsg.): Foundations of interpersonal Attraction. NY 1974
135. Lersch,Ph.: Aufbau der Person. Mchn.(8.Aufl.) 1962
136. Lesser,G.S.(Hrsg.): Psychology and educational practice. Glenview/Ill. 1971
137. Leuba,C.: A new look at curiosity and creativity. J. Higher Educ.29,1958,
138. Ley,A. u. Wauthier,M.L.: Etudes de psychologie instinctive et affective. Paris 1946
139. Loeb,R.C.: Concomitants of boys locus of control examined in parent-child interactions. Developm.Psychol.11, 1975

140. Lesency, L.: Ermutigungstherapie. In: Corsini, R.J. (Hrsg.): Handbuch der Psychotherapie. Weinheim/Basel 1983, Bd. 1
141. Lewen, A.: Bioenergetik. Bern/Mohn. 1976
142. Lückert, H.R.: Konfliktpsychologie. Einführung und Grundlegung. Mohn. (6. Aufl.) 1972
143. Lückert, H.R.: Chancen des Konflikts. In: Lebensführung und Selbstkontrolle. Mohn. 1980
144. Lückert, H.R.: Einführung in die Aktivierungstherapie. Vortrag, gehalten auf dem Int. Kongress Medica 81 (vom 18. bis 21.11.1981 in Düsseldorf)
145. Luria, A.R.: The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior. NY 1961
146. Maddi, S.R.: Motivational aspects of creativity. J. of Pers. 23, 1963
147. Mager, R.F.: Preparing instructional objectives. Palo Alto 1962
148. Mahoney, M.J.: Kognitive Verhaltenstherapie. Neue Entwicklungen und Integrationsschritte. Mohn. 1977
149. Martens, E.: Das Prinzip der Neugier in der Pädagogik. Westermanns Päd. Beitr. 25, 1973, 5
150. Marty, P. u. de M'Uzan, M.: Le pensée opératoire. Revue Fr. Psychoanal. Suppl. 27, 1963
151. Maslow, A.: Motivation and personality. NY 1954
152. Meichenbaum, D.: The effects of instructions and reinforcement on thinking and language behavior of schizophrenics. Beh. Res. and Therapy 7, 1969
153. Meichenbaum, D. u. Goodman, J.: Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. J. of Abn Psychology 77, 1971
154. Meichenbaum, D.: Methoden der Selbstinstruktion. In: Kanfer, F.H. u. Goldstein, A.P. (Hrsg.): Möglichkeit der Verhaltensänderung. Mohn. 1977
155. Meichenbaum, D.: Kognitive Verhaltensmodifikation. Mohn. 1979
156. Melamed, B. u. Siegel, J.: Reduction of anxiety in children facing hospitalisation and surgery by use of filmed modeling. J. of Consulting and Clinical Psychology 43, 1975

157. Melzack, R. u. Wall, P.D.: Schmerzmechanismen. Eine neue Theorie. Mohr. 1982
158. Mielke, R. (Hrsg.): Interne/externe Kontrollüberzeugung. Bern/Stuttg. 1982
159. Mietzel, G.: Pädagogische Psychologie. Göttingen. 1973
160. Miller, N.E. u. Dollard, J.: Social learning and imitation. New Haven 1941
161. Milner, M.B.: On not being able to paint. NY 1958
162. Murphy, G.: Human potentialities. NY 1958
163. Murphy, L.B.: Personality in young children. NY 1958
164. Mussen, P.H., Conger, J.J. u. Kagan, J.: Lehrbuch der Kinderpsychologie. Stuttg. 1976
165. Nagy, M.H.: Children's conceptions of some bodily functions. J.genet.Psychol. 83, 1953
166. Nemiah, J.C. u. Sifneos, P.E.: Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Modern trends in Psychosomatic Medicine 2, Hrsg.: Hill, O.W., London, 1970
167. Nemiah, J.C. u. Sifneos, P.E.: Physiology, emotion and psychosomatic illness. Amsterdam 1972
168. Novaco, R.: Stress inoculation: A cognitive therapy for anger and its application to depression. Unpubl. manuscript Univ. of Calif. 1975
169. Novaco, R.: Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment. Lexington/Mass. 1975
170. Nunberg, H.: Die synthetische Funktion des Ich. Int.Zs.f. Psychoanalyse 16, 1930
171. Oertel, F. (Hrsg.): Elementare Sozialerziehung. Hannover 1975
172. Oertel, R.: Psychologie des Denkens. Donauwörth 1971
173. Petersen, D.: The clinical study of social behavior. NY 1964
174. Pfeiffer, J.W. u. Jones, J.E.: Structured experiences for human relations training. Iowa City 1970
175. Rapaport, D.: Organization and Pathology of Thought: Selected Sources. NY 1951

176. Reinecker, H.: Selbstkontrolle. Verhaltenstheoretische und kognitive Grundlagen, Techniken und Therapiemethoden. Salzburg. 1978
177. Riedel, K.: Lehrhilfen zum entdeckenden Lernen. Hannover 1973
178. Rinke, R. u. Schneewind, K.A.: Zwei Fragebogen zur Erfassung internaler und externaler Kontrollüberzeugungen bei Erwachsenen und Kindern. Arbeitsbericht 26, Univ. Mohn. 1978
179. Risley, T.R. u. Hart, B.: Development correspondence between the nonverbal and verbal behavior of preschool children. J.of Appl.Beh. Analysis 1, 1968
180. Ritter, J. u. Gründer, K. (Hrsg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie, Bd.6. Basel/Stuttg. 1984
181. Ree, A.: The psychology of occupations. NY 1936
182. Rekeach, M.: The open and the closed mind. NY 1960
183. Rosen, M.A. u. Wyer, R.S.: Some further evidence for the 'socratic effect'. J.of soc.Psychol. 24, 1972
184. Rosenhan, D.: Presocial behavior in children. In: Hartup, W.W. (Hrsg.): The young child: Review of research. Bd.2, Washington D.C. 1972
185. Rotter, J.B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychol.Memoir. General and Applied 80, 1966
186. Rubinstein, S.L.: Grundlagen der Allgemeinen Psychologie. Bln. 1968
187. Rutherford, E. u. Mussen, P.: Generosity in nursery school boys. Child Developm. 39, 1968
188. Salter, A.: Conditioned reflex therapy. NY 1949
189. Saperoshjen, A.W.: Probleme der Psychologie des Kindes im Vorschulalter. Moskau/Leningrad 1948
190. Schachter, S. u. Singer, J.E.: Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. Psychol.Rev.1962, 69
191. Schiefele, H.: Lernmotivation und Motivlernen. Mohn. 1974
192. Schiefele, H. u. Krapp, A. (Hrsg.): Handbuch zur Pädagogischen Psychologie. Mohn. 1981



193. Schneewind, K.A.: Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung internaler und externaler Befähigungsüberzeugungen bei Kindern. Forschungsbericht 51, Univ. Erlangen-Nürnberg 1973, ... bei Erwachsenen, Arbeitsbericht 15, Univ. Trier 1976
194. Schneewind, K.A.: Familiäre Aspekte der Selbstverantwortlichkeit. In: Mielke, R. (Hrsg.): Interne/externe Kontrollüberzeugung. Bern/Stuttg. 1982
195. Schulte, D.: Diagnostik in der Verhaltenstherapie. Mchn. (2.Aufl.) 1976
196. Schultz-Hencke, H.: Der gehemmte Mensch. Stuttg. (3.Aufl.) 1969
197. Schulz, W.: Philosophie in der veränderten Welt. Pfullingen (2.Aufl.) 1974
198. Schwäbisch, L. u. Siems, M.: Anleitung zum sozialen Lernen für Paare, Gruppen und Erzieher. Hbg. 1974
199. Seiffert, H.: Marxismus und bürgerliche Welt. Mchn. 1971
200. Selman, R.: A structural analysis of the ability to take another's perspective: stages in the development of role-taking ability. Philadelphia 1973
201. Shulman, L.S. u. Keislar, E.R. (Hrsg.): Learning by discovery. A critical appraisal. Chicago 1966
202. Sokolow, E.N.: Neuronal models and the orienting reflex (OR). In: Brazier, M. (Hrsg.): The central nervous system and behavior. NY 1960
203. Spence, J., Carson, R. u. Thibaut, J. (Hrsg.): Behavioral approaches to therapy. Morristown, N.J. 1976
204. Stange, E. u. Stange, W.: Training des Konfliktverhaltens. In: Hielscher, H. (Hrsg.): Materialien zur sozialen Erziehung im Kindesalter. Heidelberg. 1974
205. Stephanos, S.: Das Konzept der 'pensée opératoire' und das psychosomatische Phänomen. In: Lehrb. d. Psychosom. Mediz., Hrsg.: Uexküll, von, T. Mchn. 1979
206. Stern, W.: Allgemeine Psychologie auf personalistischer Grundlage. Den Haag (2.Aufl.) 1950
207. Stevens, J.O.: Die Kunst der Wahrnehmung. Mchn. (2.Aufl.) 1976
208. Stotland, E.: The psychology of hope. San Francisco 1969
209. Suinn, R.: Rehearsal training for skiracers. Beh. Therapy 3, 1972

210. Switzer, D.K.: Krisenberatung in der Seelsorge. Mohn. 1975
211. Tausch, R. u. Tausch, A.M.: Erziehungspsychologie. Begegnung von Person zu Person. G8ttgn. (8.Aufl.) 1977
212. Tayler, G.R.: Geburt des Geistes. Frkf. 1982
213. Thorensen, C.E. u. Mahoney, M.J.: Behavioral self-control. NY 1974
214. Tolman, E.C.: Purposive behavior in animal and men. NY 1932
215. Tschukowski, K.: Kinder von 2 bis 5. Bln. 1967
216. Tuma, D.T. u. Reif, F. (Hrsg.): Problem solving and education. Issues in teaching and research. Hillsdale N.J. 1980
217. Uexküll von, T.: Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Mohn. 1979
218. Ullman, L.P. u. Krasner, L. (Hrsg.): Research in behavior modification. NY 1956
219. Ullrich, R. u. Ullrich, R.: Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz, Bd.I. Mohn. 1976
220. Ullrich, R. u. Ullrich, R.: Einübung in Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz, Bd.II. Mohn. 1976
221. Ullrich, R. u. Ullrich, R.: Das Assertiveness-Trainings-Programm. Leben lernen 22. Mohn. 1976
222. Valins, S. u. Nisbett, R.: Attribution processes on the development and treatment of emotional disorders. In: Spence, J., Carson, R. u. Thibaut, J. (Hrsg.): Behavioral approaches to therapy. Morristown, N.J. 1976
223. Velten, E.: A laboratory task for induction of mood states. Behav. Res. and Therapy 6, 1968
224. Vester, F.: Phänomen Stress. Stuttg. 1976
225. Vinacke, W.E.: Stereotypes as social concepts. J. soc. Psychol. 46, 1957
226. Walster, E.: Assignment of responsibility for an accident. J. of Personality and Social Psychol. 3, 1966
227. Walter, H.: Angst bei Schülern. Mohn. 1977
228. Watson, J.B. u. Raynor, R.: Conditioned emotional reactions. J. of Exp. Psychol. 3, 1920

229. Weisskopf-Joelsen, E.: Der Sinn als integrierender Faktor.  
In: Bühler, Ch. u. Massarik, F.: Lebenslauf und Lebensziele. Stuttg. 1969
230. Wicklund, R.A.: Freedom and reactance. Potomac 1974
231. Wicklund, R.A.: Objective self-awareness. In: Berkowitz, L.  
(Hrsg.): Advances in Exp.Soc.Psychol.Vol.VIII. NY  
1975
232. Widmer, K.: Transfer. In: Schiefele, H. u. Krapp, A. (Hrsg.):  
Handlexikon zur Pädagogischen Psychologie. Mchn. 1981
233. Williams, C.D.: The elimination of tantrum behavior by  
extinction procedures. J.of Abn.and Soc.Psychol.  
59, 1959
234. Wolpe, J. u. Lazarus, A.A.: Behavioral therapy techniques:  
A guide to the treatment of neuroses. NY 1966
235. Wolpe, J.: Praxis der Verhaltenstherapie. Bern/Stuttg. 1972
236. Woodruff, A.D.: Basic Concepts of teaching. San Francisco  
1961

## V i t a

Inge Lückert, geb. Wiegand, wurde am 18. 9. 1937 in Essen geboren und lebt seit 1961 in München. Nach einer Rechtsanwalts- und Notarslehre und dem Abitur studierte sie zunächst ab SS 1970 an der Pädagogischen Hochschule der Universität München Pädagogik mit dem Abschluß der 1. Lehramtsprüfung. Die psychologische Abschlußarbeit (WS 1972/73) lautete: 'Bedingungsfaktoren des Underachievements bei begabten Schülern und Studierenden (Ergebnisse anglo-amerikanischer Forschungen aus den Jahren 1954 bis 1961)'. SS 1973 bis SS 1977 Weiterstudium in Pädagogik, Psychologie und Soziologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. 1975/76 Praktikantin am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München; hier Mitarbeit an verhaltensmodifikatorischen Forschungen sowie Einführung in die Methoden der Verhaltensdiagnostik und Verhaltensmodifikation. In den Jahren 1977 und 1978 Teilnahme an verschiedenen Veranstaltungen zur Verhaltensmodifikation bei Prof. Dr. Butollo und Dr. Innerhofer. Seit 1978 Mitarbeit am Institut für Aktivations-therapie (Kognitive Verhaltenstherapie) Prof. Dr. H.R.Lückert, des Ehemannes.







